

COLEGIO: \_\_\_\_\_ DESTINO VIAJE \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TITULAR**

Aoellido del Alumno \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
 SEXO Femenino  Masculino  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 TIPO DOCUMENTO \_\_\_\_\_ Nro de DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO Calle \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ C Postal \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:**

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_  
 TELEFONO DE LINEA \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_  
 Mail: \_\_\_\_\_ RELACION con el Tiular: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_  
 TELEFONO DE LINEA \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_  
 Mail: \_\_\_\_\_ RELACION con el Tiular: \_\_\_\_\_

**COBERTURA MEDICA PARTICULAR**

OBRA SOCIAL O PREPAGA \_\_\_\_\_  
 Nro AFILIADO o SOCIO \_\_\_\_\_  
 TELEFONO URGENCIAS \_\_\_\_\_

Si posee Medico de cabecera, complete los datos a c ontinuación: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre del médico de cabecera: \_\_\_\_\_  
 Telefono de contacto: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MEDICOS**

( tache lo que NO corresponde )

Enfermedades de la niñez:  
 Varicela  SI  NO Otras? \_\_\_\_\_  SI  NO  
 Sarampión  SI  NO Cual / es ? \_\_\_\_\_  
 Rubeola  SI  NO Vacuna antitetánica  SI  NO Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente

CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
RESPIRATORIAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
METABOLICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
NEUROLOGICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
DIGESTIVAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
PSICOLOGICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
TRAUMATOLOGICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
PROCESOS INFLAMATORIOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
FRACTURAS O ESGUINCES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
INFECTO-CONTAGIOSAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____

Posee alguna enfermedad crónica ? Alergia, Diabetes , trastornos de sangre ? Cual / es ? \_\_\_\_\_

Es alérgico ?  SI  NO A que cosa es alérgico ? \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

Está actualmente en tratamiento con algún medicamento ?  SI (\*)  NO

(\*) En caso afirmativo, complete la siguiente información

A) Por qué enfermedad lo toma ? \_\_\_\_\_

B) Qué medicamento debe suministrarse ? Complete el nombre del medicamento y la dosis

1) Medicamento \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_

2) Medicamento \_\_\_\_\_  
Dosis \_\_\_\_\_

Recuerde colgar la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y las dosis. Si el medicamento necesita refrigeración, recuerdeselo al Guía o Coordinador del grupo antes de viajar.

Toma medicamentos en otras situaciones ? (fiebre , dolores, etc)  SI  NO

En caso afirmativo, cuáles ? \_\_\_\_\_

Hay algún medicamento que NO debe tomar : ? Cual / es \_\_\_\_\_

### ALIMENTACION

Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir ? \_\_\_\_\_

Cualquier otra información que considere importante o necesaria para conocimiento de los profesionales

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha médica de mi hijo/hija \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_  
autorizando por la presente (en caso de emergencia ) a actuar según lo dispongan los  
profesionales médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Aclaración