FICHA MÉDICA Y AUTORIZACIÓN DE VIAJE

Leg.EVT Nº 308 - Disp. 982/00 Modif. 493/73
Diagonal 74 Nº 1523 e/ 10 y 11 - (1900) La Plata - Argentina
Tel / Fax 54-221-4233384 / 4259535
E-mail Dto. Estudiantil: estudiantil@euromarturismo.com.ar

La presente ficha médica será tenida en cuenta para la atención integral del titular, por lo cual, le rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible, para que nuestros profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia. Para que esto se cumpla además, es importante que la presente se complete con letra clara, si es posible, de imprenta mayúscula. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

DATOS DEL TITULAR

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____

GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____ Nº DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO Calle: _____ Nº: _____

Código Postal: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: (_____) - _____

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

TELÉFONOS DE LÍNEA: _____

CELULARES: _____

E-MAILS: _____

Relación con el titular: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

TELÉFONOS DE LÍNEA: _____

CELULARES: _____

E-MAILS: _____

Relación con el titular: _____

COBERTURA MÉDICA:

OBRA SOCIAL O PREPAGA: _____

Nº DE AFILIADO O SOCIO: _____

TELÉFONO DE URGENCIAS: _____

Si posee médico de cabecera, complete los datos a continuación:

Nombre del médico de cabecera: _____

Teléfonos de contacto: (_____) _____

ANTECEDENTES MÉDICOS (tache lo que no corresponda)

Enfermedades frecuentes:

Varicela	Si	No
Sarampión	Si	No
Rubéola	Si	No
Paperas	Si	No
Poliomielitis	Si	No
Tos convulsa	Si	No
Varicela	Si	No
Escarlatina	Si	No
Epilepsia	Si	No
Convulsiones	Si	No
Desmayos / Síncopes	Si	No
Sonambulismo	Si	No
Sinusitis	Si	No
Hipertensión arterial	Si	No

¿Otras? _____

¿Cual/es? _____

Diabetes	SI	No	¿En caso afirmativo es insulino requirente? Indique tratamiento.
Asma	SI	No	
Falso crup	SI	No	
Broncoespasmos	SI	No	
Enuresis	SI	No	
EPOC	SI	No	
Fibrosis quística	SI	No	
Enfermedades tiroideas	SI	No	¿Cuál?
Gastritis	SI	No	
Enfermedad celiaca	SI	No	
Diarrea crónica / motivo	SI	No	
Hepatitis	SI	No	
Insuficiencia renal	SI	No	
Glomerulo nefritis	SI	No	
Lupus	SI	No	
Esclerodermia	SI	No	
Psoriasis	SI	No	
Artritis reumatoidea	SI	No	
Hemorragias nasales frecuentes	SI	No	
Anemia	SI	No	
Hemofilia	SI	No	
Leucemia	SI	No	
Linfoma	SI	No	
Enfermedades de la coagulación	SI	No	¿Cuál?
Enfermedades inmunosuprimidas	SI	No	¿Cuál?
Embarazo	SI	No	

En caso afirmativo en caso afirmativo indique fecha de última menstruación y fecha probable de parto.

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente que no se encuentren en la lista descripta precedentemente:

Cardiopatías	SI	No	¿Cuál/es?
Respiratorias	SI	No	¿Cuál/es?
Metabólicas	SI	No	¿Cuál/es?
Neurológicas	SI	No	¿Cuál/es?
Digestivas	SI	No	¿Cuál/es?
Hepatopatías	SI	No	¿Cuál/es?
Psicológicas	SI	No	¿Cuál/es?
Traumatológicas	SI	No	¿Cuál/es?

¿Posee alguna enfermedad crónica? (¿alergia, diabetes, trastornos en la sangre? ¿Cuál/es? Breve descripción y tratamiento medicamentoso que utiliza.

¿Es alérgico? Si / No ¿A qué cosas 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 medicamentos debe suministrarse? Complete el nombre del medicamento y la dosis.

1) Medicamento: _____

Dosis: _____

2) Medicamento: _____

Dosis: _____

Recuerde calcular 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, recuérdeselo al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.
¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál dosis? _____

_____

¿Toma medicamentos en otras situaciones? (fiebre, dolores, etc.) Si No

¿En caso afirmativo, cuáles? _____

¿Hay algún medicamento que no debe tomar? ¿Cuál? _____

_____

ALIMENTACIóN

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir? _____

_____

_____

_____

_____

El siguiente espacio, es para que Ud. consigne cualquier información que considere importante y necesaria para conocimiento de los profesionales que en caso de necesitarlo, atenderán al titular de la presente.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

VACUNAS RECIBIDAS

Antitetánica	Si	No	Fecha _____
Antituberculosa (Bcg)	Si	No	Fecha _____
Doble	Si	No	Fecha _____
Triple	Si	No	Fecha _____
Cuádruple	Si	No	Fecha _____
Pentavalente	Si	No	Fecha _____
Polio	Si	No	Fecha _____
Neumococica	Si	No	Fecha _____
Meningococica	Si	No	Fecha _____
Hepatitis A	Si	No	Fecha _____
Hepatitis B	Si	No	Fecha _____
Tres vírica	Si	No	Fecha _____
VPH (Infecciones por papiloma humano)	Si	No	Fecha _____

"Si su hijo se encuentra comprendido en alguna de estas afecciones, rogamos se le administre la vacuna correspondiente a Influenza A H1N1".
"Por favor, subraye si corresponde a alguna de las categorías e indique si recibió vacunación y la fecha".

01. Obesos mórbidos: IMC mayor o igual a 40.
02. Retraso madurativo severo.
03. Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas severas.
04. Enfermedades respiratorias crónica.
05. Asma severo.
06. Cardiopatías congénitas.
07. Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético.
08. Enfermedad oncohematológica hasta 6 meses posteriores a la remisión completa.
09. Tumor de órgano sólido en tratamiento.
10. Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativa de ingresar en diálisis en los siguientes 6 meses.
11. Insuficiencia congénita o adquirida.
12. Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis.
13. Diabéticos.

Vacuna: Si_____ No_____ Fecha: _____

"Universal Assistance / Travel Ace Assistance se hará cargo de todos y cada uno de los gastos incurridos por asistencia médica hasta el tope de cobertura del producto. Una vez superado este tope de cobertura, todos los gastos que emanen de la atención del damnificado (pasajero/paciente) correrán por cuenta de la obra social o prepaga –si la tuviere-, motivo por el cual Universal Assistance / Travel Ace Assistance se compromete a brindarles todos los datos necesarios para que continúen con la atención correspondiente, quedando a cargo de la obra social o seguro médico todos los compromisos tanto profesionales, legales como económicos."
La presente leyenda asociada a la firma del titular/padres madre o tutor da como aceptada la cláusula.
Junto con esta cláusula se deberá adjuntar fotocopia del DNI y fotocopia del carnet de la obra social."

Autorizo a viajar, como a sí mismo a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o estén incluidos en los itinerarios.
Todos los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de confidencialidad y se encuentran enmarcados bajo las normas del Secreto Medico Profesional. Contemplado jurídicamente en las siguientes legislaciones, Ley 17.132 artículo 11 del EJERCICIO DE LA MEDICINA y por el Código Penal Argentino en su artículo 156.

Autorizo a_____ a viajar, como a si mismo a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o estén incluidos en los itinerarios.

_____	_____	_____
Firma del Padre o Tutor	Firma del Médico	N° de Matrícula
_____	_____	
Aclaración	Aclaración	
_____	_____	
Lugar y Fecha	Lugar y Fecha	