

Olivari Viajes PTA

Promoción Turística Argentina
1975 - 2016

— Empresa de Turismo Educativo —

Av. Pte. Roque S. Peña 846 4º Piso Of. 410 / 411
Tel./Fax. +54 11 4328 2060 / 7843
Capital Federal - (C1035AAQ) Buenos Aires - Argentina
info@olivarivviajes.tur.ar - www.olivarivviajes.tur.ar



Certificado Nacional para agencias de Turismo Estudiantil. Leg. 9.264 / Disp. 1334.

FOTO ACTUALIZADA

FICHA MÉDICA DE VIAJE EDUCATIVO 2016

Apellido del Alumno _____ Nombre _____

SEXO Femenino
Masculino

FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ GRUPO SANQUÍNEO _____

TIPO DE DOCUMENTO _____ Nro. De DOCUMENTO _____

DOMICILIO Calle _____ Nro. _____ Cod. Postal _____

LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

TELÉFONO _____ MAIL _____

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

APELLIDOS Y NOMBRES

TELÉFONO DE LÍNEA _____ TELÉFONO CELULAR _____

MAIL _____ RELACIÓN con el TITULAR _____

APELLIDOS Y NOMBRES

TELÉFONO DE LÍNEA _____ TELÉFONO CELULAR _____

MAIL _____ RELACIÓN con el TITULAR _____

COBERTURA MÉDICA PARTICULAR

OBRA SOCIAL O PREPAGA _____

Nro. de AFILIADO o SOCIO _____

TELEFONO DE URGENCIAS _____

ANTECEDENTES MÉDICOS (Tache lo que **NO** corresponda)

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 padezca actualmente

CARDIOPATIAS	SI	NO	Cual / es? _____
RESPIRATORIAS	SI	NO	Cual / es? _____
METABÓLICAS	SI	NO	Cual / es? _____
NEUROLÓGICAS	SI	NO	Cual / es? _____
DIGESTIVAS	SI	NO	Cual / es? _____
HEPATOPATIAS	SI	NO	Cual / es? _____
TRAUMATOLOGICAS	SI	NO	Cual / es? _____
ENFERMEDADES Psíquicas	SI	NO	Cual / es? _____
PROBLEMAS de alimentación	SI	NO	Cual / es? _____
ANEMIAS	SI	NO	Cual / es? _____
DIABETES	SI	NO	Cual / es? _____
ASMA	SI	NO	Cual / es? _____
CÓLICOS Renales	SI	NO	Cual / es? _____
EPILEPSIA	SI	NO	Cual / es? _____
FRACTURAS O ESGUINCES	SI	NO	Cual / es? _____

Otras enfermedades _____

¿Posee alguna enfermedad crónica? ¿Alergia, diabetes, trastornos de sangre? ¿Cual / es? _____

¿Es alérgico?

SI	NO
----	----

¿A qué 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 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, recuérdese 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?

¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento médico en el último año?

SI NO

¿Por qué motivo? (diagnóstico) _____

¿Tiene alguna actividad física o recreativa desaconsejada por indicación médica? (En caso afirmativo presentar certificado médico)

¿Tiene algún alimento desaconsejado por indicación médica? (En caso afirmativo presentar certificado médico)

ALIMENTACIÓN

¿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

_____ a los _____ días del mes de _____

Del año _____ autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

Firma del padre, madre o tutor

Sello y firma del médico certificador

Aclaración

Lugar y fecha