

FOTO ACTUALIZADA

### **FICHA MÉDICA DE VIAJE EDUCATIVO 2018**

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, recuérdesele 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 certificante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha