



FICHA MÉDICA Y AUTORIZACIÓN



FECHA:...../...../.....

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: N° DE DOCUMENTO:
DOMICILIO Calle: N°:
Código Postal: Localidad:
Provincia: Teléfono: (.....) -

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

APELLIDOS Y NOMBRES:
TELÉFONO DE LÍNEA:
CELULAR:
MAIL:
Relación con el titular:
APELLIDOS Y NOMBRES:
TELÉFONO DE LÍNEA:
CELULAR:
MAIL:
Relación con el titular:

COBERTURA MÉDICA:

OBRA SOCIAL O PREPAGA:
N° 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 de la niñez:

Varicela	SI	NO	Otras?	SI	NO
Sarampión	SI	NO	Cual/es?		
Rubéola	SI	NO			

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente:

CARDIOPATÍAS	SI	NO	Cual / es?
RESPIRATORIAS	SI	NO	Cual / es?
METABÓLICAS	SI	NO	Cual / es?
NEUROLÓGICAS	SI	NO	Cual / es?
DIGESTIVAS	SI	NO	Cual / es?
HEPATOPATÍAS	SI	NO	Cual / es?
PSICOLÓGICAS	SI	NO	Cual / es?
TRAUMATOLÓGICAS	SI	NO	Cual / es?

¿Posee alguna enfermedad crónica? (Alergia, Diabetes, trastornos en la sangre? Cual /es?

¿Es alérgico? Si / No . ¿A que 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, recuérdese al Coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

¿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.

.....

.....

.....

.....

"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:

Recomendamos la aplicación de la vacuna antitetánica antes del viaje.

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.

**TURISMO RECREAR S.A.**

Legajo N° 10761 Disp. 1130/00

Casa Central|| Av.Nazca 2166 | Ciudad de Buenos Aires (C1416ASX) -Tel: (54.11) 4584-3449 / 2386
Lomas de Zamora|| Gorriti 174 - 2º of. 19 a 22 | Lomas de Zamora (B1832IVD) - Tel: (54.11) 4244-2575 / 4243-1077
Suc. La Plata|| Calle 48 N° 675 - Galería Sagitario - Unidades 7, 8, y 9 - Ciudad de La Plata - Tel: 0221-430-9536
www.turismorecrear.com || estudiantil@turismorecrear.com

..... Firma del médico y sello	 Firma de Madre, Padre o Tutor	 Firma del pasajero
..... Aclaración	 Aclaración	 Aclaración