# 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_____ NO BINARIO_____ 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 Cuáles? _____

Rubeola SI NO _____

**Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente:**

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? _____

_____

¿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 medicamentos 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.

¿ 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 algunas 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. Retrasos madurativos severos.
03. Sindromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas severas.
04. Enfermedades respiratorias crónicas.
05. Asma severo.
06. Cardiopatías congénitas.
07. Transplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético.
08. Enfermedades 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. Ultilización 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. Alicia Moreau de Justo 872 - Piso 4 - Oficina 6 - Puerto Madero - Tel: 011-4342-7706 - E-mail: puertomadero@turismorecrear.com

**SUCURSAL LA PLATA:** Calle 49 N° 840 - Ciudad de La Plata - Tel: 0221-422-5745 - E-mail: sucursallaplata@turismorecrear.com

www.turismorecrear.com | atencionalcliente@turismorecrear.com

--- ---

**Firma del médico y sello** **Firma del padre, madre o tutor**

--- ---

**Aclaración** **Aclaración**