

La presente FICHA MEDICA será tenida en cuenta para la atención integral del titular de esta, por lo cual le rogamos que la información consignada sea la más completa, precisa y veraz posible, para que nuestros profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia. Esta ficha actúa como Declaración Jurada de Salud y los datos en ésta expresados serán utilizados bajo estricta confidencialidad. NO PODRA INICIAR EL TOUR TODO AQUEL PASAJERO QUE NO PRESENTE ESTA DOCUMENTACION AL MOMENTO DE EMBARCAR. DEBE SER FIRMADA POR PADRE, MADRE o TUTOR Y POR EL MEDICO INTERVINIENTE, CONSIGNANDO SU N° de MATRICULA. La presente también debe ser completada por los adultos acompañantes mayores responsables del contingente y en todos los casos, con letra clara y legible, EN IMPRENTA MAYUSCULA.

DATOS DEL PASAJERO

Número de contrato:		Número de cuenta:		Colegio:	
Nombres:			Apellidos:		
Sexo:	Fecha de nacimiento:		Grupo y factor sanguíneo:		Número de documento:
Calle:		Número:	Código postal:		Localidad:
Provincia:			Teléfono:		

DATOS DE PADRE/MADRE y/o TUTOR

Apellido:	Nombre:	Teléfonos:
Email:		Relación con el titular:
Apellido:	Nombre:	Teléfonos:
Email:		Relación con el titular:

COBERTURA MÉDICA

Suma asegurada contratada autorizada por La Secretaría de Turismo de la Nación hasta \$4.000.000.- El excedente será cubierto por la familia del pasajero o por su Obra Social y/o Prepaga. Todo pasajero que tenga una preexistencia Médica, deberá contar con su propia Cobertura de Salud, por esa preexistencia, durante todo el tiempo que dure el viaje y estadía, deberá informar indefectiblemente las fechas de viaje a su cobertura médica, a los fines que la misma pueda brindar prestación recíproca en destino o bien le suministre un Certificado de Cobertura.

Obra social o prepaga:	Número de afiliado o socio:	Teléfono de urgencias:
------------------------	-----------------------------	------------------------

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

Nombre del médico de cabecera:	Teléfono de contacto:
--------------------------------	-----------------------

ANTECEDENTES MÉDICOS – ENFERMEDADES FRECUENTES

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Varicela	☐	☐	Sarampión	☐	☐	Rubeola	☐	☐	Insuficiencia Renal	☐	☐
Paperas	☐	☐	Poliomelitis	☐	☐	Tos Convulsa	☐	☐	Esclerodermina	☐	☐
Escarlatina	☐	☐	Epilepsia	☐	☐	Convulsiones	☐	☐	Hepatitis	☐	☐
Desmayos/Síncopes	☐	☐	Sonambulismo	☐	☐	Sinusitis	☐	☐	Lupues	☐	☐
Hipertensión Arterial	☐	☐	Asma	☐	☐	Falso Crup	☐	☐	Diarrea crónica / motivo	☐	☐
Broncoespasmos	☐	☐	Enuresis	☐	☐	EPOC	☐	☐	Glomerudonefritis	☐	☐
Fibrosis Quística	☐	☐	Gastritis	☐	☐	Enfermedad Celíaca	☐	☐	Linfoma	☐	☐
Psoriasis	☐	☐	Artritis/Reuma	☐	☐	Hemofilia	☐	☐	Hemorragias nasales	☐	☐
Hemofilia	☐	☐	Anemia	☐	☐	Leucemia	☐	☐	Tiroides	☐	☐
Diabetes	☐	¿ES INSULINO DEPENDIENTE?		☐	Indique tratamiento:						

Inmunosuprimidas	☐	¿CUÁL?	
------------------	--------------------------	--------	--

De la coagulación	☐	¿CUÁL?	
-------------------	--------------------------	--------	--

Embarazo	☐	Si es afirmativo, indique fecha última menstruación:		Fecha probable de parto:	
----------	--------------------------	--	----------------------	--------------------------	----------------------

OTRAS ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO O PADEZCA ACTUALMENTE QUE NO SE ENCUENTREN EN LA LISTA DESCRIPTA PRECEDENTEMENTE

Cardiopatías	SI	NO	¿Cuál?		Digestivas	SI	NO	¿Cuál?	
Respiratorias	☐	☐	¿Cuál?		Hepatopatías	☐	☐	¿Cuál?	
Metabólicas	☐	☐	¿Cuál?		Psicológicas	☐	☐	¿Cuál?	
Neurálgicas	☐	☐	¿Cuál?		Traumatológica	☐	☐	¿Cuál?	
Reumatológica	☐	☐	¿Cuál?		Renal	☐	☐	¿Cuál?	
Endocrinas	☐	☐	¿Cuál?		ENF. POR COVID-19: SI - NO FECHA ____/____/____ REQUIRIÓ INTERNACIÓN: SI - NO ¿DOSIS VACUNAS? _____				
¿Posee alguna enfermedad crónica? Indique cuál y tratamiento.									
¿Es alérgico? Indique a que y breve descripción del tratamiento.									

MEDICAMENTOS

SI

NO

¿Esta actualmente en tratamiento con algún medicamento?

En caso afirmativo completar la siguiente información.

¿Por que enfermedad toma?

Medicamento 1

Dosis:

Medicamento 2

Dosis:

Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje.

¿Toma medicamentos en otras situaciones? (fiebre, dolores, etc.) ¿Cuales?:

HAY ALGUN MEDICAMENTO QUE,NO DEBA TOMAR? ¿Cuál?:

ALIMENTACIÓN

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir?

CELÍACO

VEGETARIANO

DIETA ESPECIAL

ALÉRGICO

COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL

Se encuentra bajo tratamiento Psicológico? SI - NO

Toma medicación psiquiátrica? SI - NO Cuál?

Cuál es el diagnóstico por el que toma esta medicación?

Sufre Ataques de pánico? SI NO Episodios de excitación psicomotriz? SI - NO Depresión, angustia? SI - NO

VACUNAS RECIBIDAS

	SI	NO					SI	NO			
Antitetánica			Fecha:				Neumococica			Fecha:	
Antituberculosa (BCG)			Fecha:				Meningococica			Fecha:	
Doble			Fecha:				Hepatitis A			Fecha:	
Triple			Fecha:				Hepatitis B			Fecha:	
Cuádruple			Fecha:				Tres Virica			Fecha:	
Pentavalente			Fecha:				VHP (infecciones por			Fecha:	
Polio			Fecha:				papiloma humano)			Fecha:	
VACUNA COVID-19			Fecha:				¿Cuál?		Dosis:		

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".

1. Obesos mórbidos: IMC mayor o igual a 40.
2. Retraso madurativo severo.
3. Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas severas.
4. Enfermedades respiratorias crónicas.
5. Asma severo.
6. Cardiopatías congénitas.
7. Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético.
8. Enfermedad oncohematológica hasta 6 meses posteriores a la remisión completa.
9. 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 ¿CUÁL?

FECHA:

La presente leyenda asociada a la firma del titular/padre, madre o tutor da como aceptada la cláusula. Junto a esta cláusula se deberá adjuntar fotocopia de DNI y fotocopia de carnet de la obra social.

La compañía prestadora del servicio médico se hará cargo de todos y cada uno de los gastos ocurridos 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 la compañía prestadora del servicio médico 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.

AUTORIZO A VIAJAR, a _____, como a sí mismo, a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o estén incluidos en los itinerarios.

En mi carácter de PADRE/MADRE/TUTOR ó encargado, AUTORIZO a los facultativos médicos que deban atender a mi hijo, o que necesiten realizar prácticas médicas y/o intervenciones quirúrgicas aconsejables para el tratamiento del accidente ó la enfermedad.

Todos los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de confidencialidad y se encuentran enmarcados bajo las normas del Secreto Médico 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.

Firma del Padre o Tutor

Aclaración

Lugar y Fecha

Firma del Médico

Aclaración

Número de Matrícula

Lugar y Fecha