



La presente ficha médica será tenida en cuenta para la atención integral del titular de esta, por lo cuál 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 esta expresados serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

**NO PODRÁ EMBARCAR TODO AQUEL PASAJERO QUE NO PRESENTE ESTA DOCUMENTACIÓN JUNTO A SU D.N.I. VIGENTE Y ACTUALIZADO.**

DEBE SER FIRMADA POR PADRE, MADRE, TUTOR Y POR EL MÉDICO INTERVINIENTE CONSIGNANDO SU N° DE MATRÍCULA.

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 Y MAYÚSCULA.

**DATOS DEL TITULAR:**

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 DEL PADRE /MADRE O TUTOR:**

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

**DATOS GENERALES**

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	Teléfonos de contacto
-------------------------------	-----------------------

**ANTECEDENTES MÉDICOS - ENFERMEDADES FRECUENTES**

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos convulsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerodermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos / Síncopes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falso crup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica / motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broncoespasmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glomerulo nefritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad celiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis/Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diabetes:  Es INSULINO DEPENDIENTE?  Indique tratamiento:

Inmunosuprimidas  Cual?:

De la coagulación  Cual?:

Embarazo  Si es afirmativo Indique fecha ultima menstruación:  Fecha probable de parto:

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

	SI	NO	Cual?		SI	NO	Cual?
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hepatopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Metabólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Psicológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Neurálgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Traumatológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Reumatológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Endocrinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Enf. por COVID-19: SI - NO Fecha: ___/___/_____			

¿Posee alguna enfermedad crónica? Indique cual 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 lo 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 ALGÚN MEDICAMENTO QUE NO DEBA TOMAR? **ALIMENTACION**¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir?  CELIACO  VEGETARIANO  DIETA ESPECIAL  ALERGICO**COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL**

¿Se encuentra bajo tratamiento Psicológico? SI - NO

¿Toma medicación psiquiátrica? SI - NO ¿Cual? ¿Cual es el diagnostico por el que toma esta medicación? 

¿Sufre ataques de pánico? SI - NO Episodios de excitación psico motriz SI - NO Depresion/Angustia SI - NO

**VACUNAS RECIBIDAS**

	SI	NO	Fecha:		SI	NO	Fecha:
Antitetánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Neumococica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Antituberculosa (BCG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Meningococica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Triple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cuádruple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Tres Virica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pentavalente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	VHP (infecciones por	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	papiloma humano)			
VACUNA COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha: <input type="text"/>	Cual: <input type="text"/>			Dosis: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>

SI SU HIJO SE ENCUENTRA COMPRENDIDO EN ALGUNAS DE ESTAS AFECCIONES, ROGAMOS SE LE ADMINISTRE LA VACUNA ANTIGRIPAL TRIVALENTE O VACUNA ANTIGRIPAL TETRAVALENTE. Tilde el cuadro si corresponde a alguna de las categorías e indique si recibió vacunación y la fecha.

1- Obesos morbosos: IMC mayor o igual a 40 2- Retraso madurativo severo 3- Síndromes genéticos, enfermedades neuro-musculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas severas 4- Enfermedades respiratorias crónicas 5- Asma severo 6- Cardiopatías congénitas 7- Trasplantados de órganos sólidos o tejido hema-topoyetico 8- Enfermedad onco-hematologica hasta 6 meses posteriores a la remisión completa 9- Tumor de órgano solido en tratamiento 10- Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativa de ingresar en diálisis en los próximos 6 meses 11- Insuficiencia congénita o adquirida 12- Utilización de medicación inmuno supresora o corticoides en altas dosis 13- Diabéticos VACUNA: SI - NO CUAL?  FECHA: 

Autorizo a viajar a mi hijo/a: \_\_\_\_\_ como así mismo a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o estén incluidos en los itinerarios. Todos los datos consignados en la presente ficha medica tienen carácter de confidencialidad y se encuentran enmarcados bajo las normas del Secreto Medico Profesional. Contemplado jurídicamente en las siguientes legislaciones, Ley 17.132 articulo 11 del EJERCICIO DE LA MEDICINA y por el Código Penal Argentino en su articulo 156.

ATENCIÓN: LES INFORMAMOS QUE TODO GASTO OCASIONADO POR PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO ESTAN CUBIERTOS POR LA ASISTENCIA MÉDICA, NO OBSTANTE EL PASAJERO RECIBIRÁ LA ASISTENCIA CORRESPONDIENTE HASTA DETECTAR DICHA PREEXISTENCIA.

Firma del Padre o Tutor

Firma del médico

Aclaración

Aclaración

Lugar y Fecha

Número de matricula

Lugar y Fecha