

La presente ficha médica que actúa en carácter de declaración jurada, será tenida en cuenta para la atención integral del titular, por lo cual, le rogamos que la información consignada sea completa, precisa y veraz, 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, de imprenta mayúscula. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

DATOS DEL COLEGIO

COLEGIO: LOCALIDAD:
CURSO: DIVISION: TURNO:

DATOS DEL PASAJERO

APELLIDO Y NOMBRE:
DOCUMENTO TIPO Y Nº: FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO: NUMERO:
TELEFONO: LOCALIDAD: PROVINCIA:
SEXO:
MAIL:

DATOS DEL PADRE Y MADRE

APELLIDO Y NOMBRE PADRE:
CELULAR: E-MAIL:
APELLIDO Y NOMBRE MADRE:
CELULAR: E-MAIL:

CONTACTOS ALTERNATIVOS

APELLIDO Y NOMBRE:
CELULAR: E-MAIL:
APELLIDO Y NOMBRE:
CELULAR: E-MAIL:

COBERTURA MÉDICA

OBRA SOCIAL O PREPAGA:
N° DE AFILIADO O SOCIO: TELÉFONO DE URGENCIAS:
MÉDICO DE CABECERA: TELÉFONO:

ANTECEDENTES MÉDICOS (Tache lo que no corresponda)

VARICELA	SI	NO	¿OTRAS?	
SARAMPIÓN	SI	NO	¿Cuáles?	
RUBÉOLA	SI	NO		

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente:

CARDIOPATÍAS	SI	NO	¿Cuáles?	
RESPIRATORIAS	SI	NO	¿Cuáles?	
METABÓLICAS	SI	NO	¿Cuáles?	
DIGESTIVAS	SI	NO	¿Cuáles?	
HEPATOPATÍAS	SI	NO	¿Cuáles?	
NEUROLÓGICAS	SI	NO	¿Cuáles?	
PSICOLÓGICAS	SI	NO	¿Cuáles?	
ALERGIAS	SI	NO	¿A qué es alérgico?	
TRAUMATOLÓGICAS	SI	NO	¿Cuáles?	
AUTOINMUNES	SI	NO	¿Cuáles?	
COVID 19	SI	NO	¿Cuáles?	

¿Posee enfermedades crónicas? (Diabetes, trastornos en la sangre, asma, etc.) ¿Cuáles?**OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES a tener en cuenta en un caso de urgencia o emergencia.**

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:

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, avise al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

¿Toma medicamentos en otras situaciones? (fiebre, dolores, etc.) SI NO

En caso afirmativo, ¿cuáles?

¿Algún medicamento que NO debe tomar? ¿Cuál?

ALIMENTACIÓN

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir?

Detalle:

Las dietas especiales, deberán ser presentadas con certificado del profesional correspondiente y enviadas 72hs. antes de la salida del grupo, al siguiente E-mail: asimon@loytravelgroup.com.ar consultas: 3513230268.

El siguiente espacio, es para 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.

El prestador del servicio médico, se hará cargo de todos y cada uno de los gastos incurridos por asistencia médica hasta el tope de cobertura del producto, según contrato del Ministerio de Turismo de la Nación. Una vez superado este tope de cobertura, todos los gastos que surjan de la atención del damnificado (pasajero/paciente) correrán por cuenta de la obra social o prepaga-si la tuviere. La presente leyenda está asociada a la firma del titular / padre / madre o tutor da como aceptada la cláusula.

ESTA FICHA DEBERÁ SER PRESENTADA EL MISMO DIA DE LA SALIDA CON LA FOTOCOPIA DEL DNI DEL PASAJERO.

Firma del padre o tutor
Aclaración y D.N.I.

Firma y sello del Médico
Aclaración y D.N.I.

Nº de Matrícula