

FICHA MEDICA

Apellido:	Nombre:
DNI/CI:	Fecha de nacimiento:/...../.....
Seguro Médico:	Nro. de Póliza:
Nombre del padre, tutor encargado:	
Domicilio:	Tel:
En caso de necesidad informar al Sr./a:	
Domicilio:	Tel:
	Tel:
Grupo Sanguíneo:	Factor:



Enfermedades padecidas hasta la fecha			Enfermedades que padece o a la que es propenso		
Sarampión	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Hepatitis (tipo)	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Resfrío	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Poliomielitis	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Afecciones del oído	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Tos convulsa	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Afecciones de la nariz	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Afecciones de los ojos	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Sta. Eruptiva	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Sonambulismo	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	Constipación	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Otras:			Otras:		

Vacunas o sueros recibidos		
Antitetánica	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Antidiftérica	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Antivariólica	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Antipoliomielítica	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Antituberculosa	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Antiofídica	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Antitífica	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Apendicitis	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Amigdalitis	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Hemia	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Otras:		

Es alérgico a:		
Comidas	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Antibióticos	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Picaduras de insectos	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Polvo, polen	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Plumas	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Esguinces	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Fracturas	<input type="checkbox"/> SI - NO	<input type="checkbox"/>
Otros:		

Otros: _____

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? (Nombre de la droga genérica y componentes %)

¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?

¿Fuma? SI - NO Cantidad por día: _____

¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? SI - NO

¿Régimen especial alimenticio (médico)? ¿Cuál?

Segun mi leal consentimiento, declaro verdicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario

Fecha:/...../.....

.....
Firma del pasajero

- Recomendamos tener presentes las siguientes apreciaciones para la utilización de los servicios de asistencia al viajero:
- Los servicios de asistencia al viajero sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio del viaje. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias preexistentes, crónicas o no, conocidas o no por el titular, así como sus consecuencias y agudizaciones, aun cuando las mismas aparezcan Por primera vez en el viaje. En estos casos, la empresa prestadora de servicios de asistencia al viajero solo reconocerá, si a su exclusivo criterio correspondiese, la primera consulta Clínica por la que determine la preexistencia de la enfermedad.
 - También está expresamente excluido el tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencional o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o la utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
 - Los servicios de asistencia al viajero tendrán validez exclusivamente durante la vigencia indicada en la tarjeta, y se regirán por las condiciones generales del servicio contratado.