

FICHA MÉDICA

La presente ficha médica será tenida en cuenta para la atención del titular, por lo cual rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y fehaciente posible, a efectos de brindar un mejor servicio de asistencia, en caso de ser necesario. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad. Por favor, completar con letra imprenta legible.

SALA/GRADO/AÑO:..... DESTINO VIAJE:

DATOS DEL TITULAR:

APELLIDO DEL ALUMNO/A: NOMBRES:

SEXO: (Tilde la opción correcta) FEMENINO ☐ MASCULINO ☐ Fecha Nacimiento:/...../..... EDAD:

DOCUMENTO Tipo: N°:

DOMICILIO Calle: N°:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

TELÉFONO: EMAIL:

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

1° APELLIDO Y NOMBRES:

TELÉFONO CELULAR: TELÉFONO FIJO:

RELACION O PARENTESCO CON EL TITULAR:

2° APELLIDO Y NOMBRES:

TELÉFONO CELULAR: TELÉFONO FIJO:

RELACION O PARENTESCO CON EL TITULAR:

COBERTURA MÉDICA PARTICULAR

OBRA SOCIAL O PREPAGA:

N° AFILIADO/A:

TELÉFONO DE URGENCIAS:

Si posee Médico de Cabecera, completar los siguientes datos:

APELLIDO Y NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA:

TELÉFONO DE CONTACTO:

ANTECEDENTES MÉDICOS (Tache lo que NO corresponda) Enfermedades de la niñez:

Varicela SI NO Vacuna antitetánica: SI NO Fecha de aplicación: / / ...

Sarampión SI NO

Rubeola SI NO

Otras SI NO

¿ CUÁLES?

Otras enfermedades que haya padecido o padece 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?

PSICOLÓGICAS SI NO ¿Cuál/es?

TRAUMATOLOGÍAS SI NO ¿Cuál/es?

HEPATOPATÍAS: SI NO ¿Cuál/es?

PROCESOS INFLAMATORIOS: SI NO ¿Cuál/es?

FRACTURAS O ESGUINCES: SI NO ¿Cuál/es?

INFECTO - CONTAGIOSAS: SI NO ¿Cuál/es?

¿Posee alguna enfermedad crónica? (Alergias, diabetes, trastornos de sangre) ¿cuáles?

.....

MEDICAMENTOS

¿Está actualmente en tratamiento con alguna medicación? SI (*) NO

(*) En caso afirmativo, complete la siguiente información:

a- ¿Por qué enfermedad toma la medicación?

b- ¿Qué medicamento debe suministrarse? Complete el nombre del mismo y la dosis:

1º Medicamento:

Dosis:

2º Medicamento:

Dosis:

Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y la dosis. Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdese al Guía o Coordinador del grupo antes del viaje.

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

(*) ¿Cuáles?

¿Hay algún medicamento de NO debe tomar? ¿Cuál/es?.....

ALIMENTACIÓN

¿Tiene alguna restricción sobre alimentos?

Cualquier otra información que considere importante o necesaria para conocimiento de los profesionales y/o responsables del grupo de alumnos/as.

DEJO CONSTANCIA de haber cumplimentado la ficha médica de mi hijo/a:
a los días del mes de del año AUTORIZANDO por los presente (en
caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

.....
Sello y firma del médico certificador

.....
Firma del padre /madre/tutor

.....
Lugar y fecha

.....
Aclaración