

FICHA MÉDICA Y AUTORIZACIÓN

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

DATOS DEL PASAJERO

APELLIDO Y NOMBRE		DNI	F. NAC.	SEXO
DIRECCIÓN	LOCALIDAD	PROVINCIA		CP
TELÉFONO	CELULAR	E-MAIL		

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

APELLIDO Y NOMBRE			
TELÉFONO DE LÍNEA:	CELULAR:	MAIL:	
Relación con el titular:			
APELLIDO Y NOMBRE			
TELÉFONO DE LÍNEA:	CELULAR:	MAIL:	
Relación con el titular:			

COBERTURA MÉDICA

OBRA SOCIAL O PREPAGA
Nº 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 (Tache lo que no corresponda)

Enfermedades de la niñez:

Rubéola	SÍ		NO		OTRAS ENFERMEDADES Cuál/es?
Sarampión	SÍ		NO		
Varicela	SÍ		NO		

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente

CARDIOPATÍAS	SÍ		NO		Cuál/es?
RESPIRATORIAS	SÍ		NO		Cuál/es?
METABÓLICAS	SÍ		NO		Cuál/es?
NEUROLÓGICAS	SÍ		NO		Cuál/es?
DIGESTIVAS	SÍ		NO		Cuál/es?
HEPATOPATÍAS	SÍ		NO		Cuál/es?
PSICOLÓGICAS	SÍ		NO		Cuál/es?
TRAUMATOLÓGICAS	SÍ		NO		Cuál/es?

ENFERMEDADES CRÓNICAS / ALÉRGICAS

¿Posee alguna enfermedad crónica? (Alergia, Diabetes, trastornos en la sangre? Cuál /es?)

ALERGIAS	SÍ		NO		Cuál/es?
----------	----	--	----	--	----------

MEDICAMENTOS (Tache lo que no corresponda)

Toma actualmente algún medicamento? SI NO

Por qué 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 y las dosis.
Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdese al Coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

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

En caso afirmativo, cuáles?

¿Hay medicamentos que no debe tomar? Cuáles?

ALIMENTACIÓN

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir? Las dietas especiales deberán ser presentadas con certificado del profesional correspondiente y enviadas 72hs. antes de la salida del grupo, al siguiente mail: estudiantil@prettiviajes.tur.ar

OBSERVACIONES

El siguiente espacio, es para que 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.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE COVID-19 OBSERVADOS EN LOS ÚLTIMOS 10 DÍAS (tachar lo que corresponda)

Fiebre (37.5 o Más) <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis <input type="checkbox"/>	Nauseas <input type="checkbox"/>	Vomitos <input type="checkbox"/>	Dolor de garganta <input type="checkbox"/>
Pérdida de gusto <input type="checkbox"/>	Tos seca <input type="checkbox"/>	Arritmia <input type="checkbox"/>	Dific. para respirar <input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza <input type="checkbox"/>
Perdida de olfato <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Cansancio <input type="checkbox"/>	Dolor Muscular <input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho <input type="checkbox"/>

¿Tuvo contacto estrecho con casos confirmados o sospechosos de COVID-19 en los últimos 14 días? Sí No

Definición de contacto estrecho: Estar con otra persona sin barbijo por más de 15 minutos a una distancia menor de 2 metros.

¿Test/hisopado para covid-19 en las últimas 72 horas? Sí No ¿Resultado del testeo? (+) (-)

COVID-19

Si ha padecido la enfermedad COVID-19 completa la información clínica.

Fecha de inicio del síntoma: ___/___/___ Establecimiento de la primera consulta: ___/___/___

Ambulatorio: Internado:

Fecha de internación: ___/___/___ Establecimiento internación: ___/___/___

Terapia intensiva: Sí No Fecha de internación UTI ___/___/___

Requerimiento de ARM: Sí No

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.

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 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.

Autorizo a: _____ a viajar, como a si mismo a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o estén incluidos en los itinerarios.

De acuerdo a lo informado, acepto que en la cobertura de asistencia médica se encuentra excluido de toda prestación (excepto los primeros auxilios), las asistencia médica, internaciones, prescripciones médicas y todo aquello derivado sobre pasajeros con enfermedades pre-existentes o toda contingencia derivada de actos particulares encontrándose el pasajero bajo efectos de alcohol y/o drogas, como así también aquellos que sean consecuencia de riñas callejeras, autolesiones, hechos ilícitos o contrarios a las buenas costumbres.

Firma de padre, madre o tutor

Firma y sello médico

Nº MATRÍCULA

Aclaración

Aclaración

Lugar y Fecha

Lugar y Fecha