

FICHA MÉDICA y Autorización para viajar

Nombre y apellido del pasajero:
 Fecha de Nacimiento:/..... /..... DNI/Pasaporte:..... Edad:..... Sexo:.....
 Obra Social:..... Grupo Sanguíneo:..... Factor:.....
 Nombre del tutor o familiar:.....
 Dirección:..... Tel. Particular:..... Celular:.....
 Información adicional:.....
 Contacto Alternativo:
 Nombre Completo:.....
 Dirección:..... Tel. Particular:..... Celular:.....

INFORMACIÓN MÉDICA

Signos y síntomas observados en los últimos 10 días: responda SI o NO
 Fiebre:.....Tos:..... Diarrea:.....Vómito:.... Dolor Muscular:.....Dolor de Cabeza:.....
 Dificultad para respirar:..... Otros:.....

Historia médica: responda SI o NO

Cardiopatías:..... Cuáles?.....
 Respiratorias:..... Cuáles?.....
 Metabólicas:..... Cuáles?.....
 Neurológicas:..... Cuáles?.....
 Digestivas:..... Cuáles?.....
 Psicológicas:..... Cuáles?.....
 Traumatológicas:..... Cuáles?.....
 Posee alguna enfermedad crónica como alergia, celiaquía, diabetes, trastornos en la sangre)?..... Cuál?.....
 Es Alérgico?A qué cosa?.....

Vacunas o sueros recibidos: responda SI o NO

Antitetánica:..... Antiofídica:Antituberculosa:Otras/Cuales?.....

MEDICAMENTOS

Está actualmente en tratamiento con algún medicamento? SiNo.....

En caso afirmativo, por qué enfermedad lo toma?.....

Nombre de la Medicina:..... Dosis de la Droga:.....

Nombre de la Medicina:..... Dosis de la Droga:.....

Nombre de la Medicina:..... Dosis de la Droga:.....

Nombre de la Medicina:..... Dosis de la Droga:.....

ALIMENTACIÓN

Existe algún alimento que no pueda ingerir?Cuál/Cuáles?.....

El siguiente espacio, es para que escriba cualquier información que considere importante y necesaria para el conocimiento de los profesionales médicos (embarazo, antecedentes psiquiátricos, etc.)

Firma y sello del médico de cabecera

Teléfono

.....

.....