

AUTORIZACIÓN DEL MENOR PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Nombre y apellido completo: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ N° Pasaporte: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____
Obra Social: _____
Nombre del padre/madre/tutor/encargado: _____
Dirección: _____ Tel. Fijo: _____ Celular: _____
Información adicional: _____

Contacto Alternativo, en caso de que los padres no puedan ser localizados:

Nombre Completo: _____ Relación con el menor: _____
Dirección: _____ Tel. Fijo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

♥ Signos y síntomas observados en los últimos 10 días: responda SI o NO

Fiebre: ____ Tos: ____ Diarrea: ____ Dolor Muscular: ____ Dolor de Cabeza: ____
Dificultad para respirar: ____ Vómito: ____ Otros: _____

♥ Historia médica: responda SI o NO

Varicela: ____ Sarampión: ____ Rubeola: ____ Otras Enfermedades: ____ ¿Cuáles?

♥ Otras enfermedades que haya padecido o padezca: responda SI o NO

Cardiopatías: ____ ¿Cuáles? _____

Respiratorias: ____ ¿Cuáles? _____

Metabólicas: ____ ¿Cuáles? _____

Neurológicas: ____ ¿Cuáles? _____

Digestivas: ____ Cuáles? _____

Psicológicas: ____ ¿Cuáles? _____

Traumatológicas: ____ ¿Cuáles? _____

¿Posee una 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: _____

¿Cuáles? _____

MEDICAMENTOS

¿Está actualmente en tratamiento con algún medicamento? Si ____ No ____

En caso afirmativo, ¿por qué enfermedad lo toma? _____

Nombre de la Medicina: _____ Dosis de la Droga: _____

Nombre de la Medicina: _____ Dosis de la Droga: _____

*Calcule la cantidad de medicamento que debe llevar al viaje, según la cantidad de días de viaje y la dosis.
Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdese al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.*

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

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTOR

Por la presente, declaro verídico todos los datos proporcionados en esta Ficha Médica. Además, autorizo y doy mi consentimiento para que "el doctor" a cargo administre, la primera asistencia o tratamiento médico en caso de que el menor sufra lesiones o enfermedades durante su viaje.

Firma del padre o madre

Aclaración

DNI

Lugar y fecha

Recomendamos tener presente que 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, aún cuando las mismas aparezcan por primera vez en el viaje. En estos casos, la empresa prestadora de servicios de asistencia al viajero sólo 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 por la utilización medicamentosa 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 el voucher/tarjeta, y se regirán por las condiciones generales de los servicios contratados.

Cualquier duda o inquietud al respecto, consulte con su agente de viajes.