



FICHA MÉDICA

Datos filiatorios

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

Historia Clínica (Redondee la respuesta correcta)

Enfermedades padecidas hasta la fecha

Sarampión	SI - NO	Escarlatina	SI - NO
Hepatitis (tipo)	SI - NO	5ta. Eruptiva	SI - NO
Paperas	SI - NO	Rubeola	SI - NO
Poliomielitis	SI - NO	Epilepsia	SI - NO
Tos convulsa	SI - NO	Sinusitis	SI - NO
Varicela	SI - NO	Otras: _____	

Enfermedades que padece o a la que es propenso

Asma	SI - NO	Convulsiones	SI - NO
Bronquitis	SI - NO	Sonambulismo	SI - NO
Resfrío	SI - NO	Desmayos	SI - NO
Afecciones del oído	SI - NO	Constipación	SI - NO
Afecciones de la nariz	SI - NO	HIV	SI - NO
Afecciones de los ojos	SI - NO	Otras: _____	

Vacunas o sueros recibidos

Antitetánica	SI - NO
Antidiftérica	SI - NO
Antivariólica	SI - NO
Antipoliomielítica	SI - NO
Antituberculosa	SI - NO
Antiofídica	SI - NO
Antitífica	SI - NO

Intervenciones quirúrgicas

Apendicitis	SI - NO
Amigdalitis	SI - NO
Hernia	SI - NO
Otras: _____	

Es alérgico a

Comidas	SI - NO	Picaduras de insectos	SI - NO
Medicamentos	SI - NO	Polvo, polen	SI - NO
Antibióticos	SI - NO	Plumas	SI - NO
Otros: _____			

Antecedentes traumatológicos

Esguinces	SI - NO
Fracturas	SI - NO
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? _____

SEGÚN MI LEAL CONSENTIMIENTO, DECLARO VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO

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

Firma, aclaración y DNI
Padre, Tutor o Encargado

Firma y sello del médico

Recomendamos tener presentes las siguientes apreciaciones para la utilización de los servicios de asistencia al viajero:

- Los servicios de asistencia al viajero sólo registrarán 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 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 por 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 registrarán por las condiciones generales del servicio contratado.