

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

APELLIDO Y NOMBRES _____ DNI _____ F. DE NAC.

GRUPO SANGUÍNEO _____ FACTOR RH _____ ALTURA _____ PESO _____ COLEGIO o ESCUELA A LA QUE ASISTE _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES

¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? MARQUE CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA

Varicela _____ SI - NO	Oncológicas _____ SI - NO
Sarampión _____ SI - NO	Trastornos Psicológicos/Pisquiátricos _____ SI - NO
Rubeola _____ SI - NO	Derrame Pleural _____ SI - NO
Hepatitis _____ SI - NO	Tuberculosis _____ SI - NO
Paperas _____ SI - NO	Enfermedades del riñón _____ SI - NO
Asma _____ SI - NO	Problemas estomacales _____ SI - NO
Diabetes _____ SI - NO	Problemas intestinales _____ SI - NO
Bronquitis _____ SI - NO	Trastornos hepáticos _____ SI - NO
Hipertensión Arterial _____ SI - NO	Arritmia _____ SI - NO
Epilepsia _____ SI - NO	Problemas de piel _____ SI - NO
Neurológicas _____ SI - NO	Hernias _____ SI - NO
Cardiopatías _____ SI - NO	Otitis _____ SI - NO
Neumonía _____ SI - NO	Tos convulsa _____ SI - NO
Ortopédicas _____ SI - NO	COVID _____ SI - NO

ANTECEDENTES CLÍNICOS

) Indique si se encuentra actualmente bajo algún tipo de tratamiento médico: NO SI
¿cual? _____ ¿con que medicación? _____ Dosis: _____

) Indique si se encuentra actualmente bajo algún tipo de tratamiento psicológico / psiquiátrico: NO SI
¿cual? _____ ¿con que medicación? _____ Dosis: _____

) ¿Ha sufrido fracturas? NO SI ¿Cuáles? _____

) ¿Sufre algún tipo de ALERGIAS? NO SI ¿Cuáles? Fármacos, bebidas, alimentos u otros _____

Especifique cuidados y tratamiento: _____

) Intervenciones Quirúrgicas: NO SI ¿cuales? _____

) ¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir? NO SI ¿cuales? _____

) Consigne cualquier otra información de importancia en su historia clínica: _____

) Inmunización. Vacunas: ¿tiene su esquema completo? SI NO Indique cual falta _____

) Indique fecha de aplicación de la última vacuna antitetánica: _____ Vacunas COVID SI NO

) Indicar en caso de ser necesario algún antecedente familiar de importancia para la salud del/la menor: _____

FIRMA y ACLARACIÓN MADRE PADRE O TUTOR _____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO/A _____ SAN JUAN

AUTORIZACIÓN Y NOTIFICACIONES (debe ser completado y firmado por Madre, Padre o Tutor)

Autorizo al alumno/a: _____ DNI _____ F. de NAC.

a viajar con MARIO AGÜERO TURISMO, como a si mismo a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o estén incluidos en el itinerario del Paquete contratado denominado como _____

Con salida el día regresando el día.

PERSONA/S A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA: _____

Teléfonos de emergencia celulares y fijos: _____

Como Madre, Padre o Tutor del/la menor me notifico que: Según el Anexo de la Resolución 23/2014 del MINTUR, Título III Artículo 37 cada turista-usuario debe presentar FICHA MÉDICA con firma aclarada y sello con número de matrícula de médico autorizado, como así también firmada por UNO (1) de los padres, tutor o representante legal. Esta FICHA MÉDICA deberá ser presentada 7 días antes del viaje, caso contrario **SIN ficha médica** correctamente confeccionada el pasajero/a **NO PODRÁ REALIZAR EL VIAJE**. Todos los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de confidencialidad y se encuentran enmarcados bajo las normas del Secreto Medico Profesional. Contemplado jurídicamente en las siguientes legislaciones, Ley 17.132 artículo 11 del EJERCICIO DE LA MEDICINA y por el Código Penal Argentino en su artículo 156.

Como Madre, Padre o Tutor del/la menor declaro que el pasajero/a se encuentra en condiciones físicas y mentales adecuadas para participar del viaje contratado.

Como Madre, Padre o Tutor del/la menor autorizo a que reciba la atención médica que sea necesaria en caso de accidentes y/o enfermedad durante la realización del viaje contratado.

Como Madre, Padre o Tutor del/la menor declaro tomar conocimiento de la importancia de entregar la información solicitada, y doy fe que se suscribe la información fidedigna y no se ha omitido ningún dato.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR _____ ACLARACIÓN _____ DNI _____ SAN JUAN