

Ficha médica complementaria para actividad de aventura en la montaña.(Senderismo)

Datos del excursionista

Apellidos:
Nombres:
Sexo: Fecha de nacimiento:/...../.....
Grupo y factor sanguíneo:
DNI N°:

Persona de contacto: Familiar

Apellidos:
Nombres:
Teléfonos: (.....) -

Signos y síntomas observados en los últimos 15 días (coloque si o no según corresponda)

Fiebre Tos Dificultad para respirar
Diarrea Vómito Dolor de cabeza
Dolor muscular otro

Antecedentes médicos (tache lo que no corresponda)

Enfermedades de la niñez:

Varicela si no otras? si no
Sarampión si no cuál/es?.....
Rubéola si no

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente:

Cardiopatías: si no cuál / es?
.....
Respiratorias: si no cuál / es?
.....
Metabólicas: si no cuál / es?
.....
Neurológicas: si no cuál / es?
.....
Digestivas: si no cuál / es?
.....
Hepatopatías: si no cuál / es?
.....
Psicológicas: si no cuál / es?
.....

Traumatológicas: si no cuál / es?

.....

¿Posee alguna enfermedad crónica? (alergia, diabetes, trastornos en la sangre?)

.....

.....

Cuál/es?.....

.....

¿Es alérgico? si no ¿A qué cosas es alérgico?

.....

.....

.....

Medicamentos

¿Esta actualmente en tratamiento con algún medicamento? si (*) no

(*) En caso afirmativo, complete la siguiente información:

a) ¿Por qué enfermedad lo toma?

.....

.....

.....

b) ¿Qué medicamentos debe suministrarse? Complete el nombre del medicamento y la dosis.

1) Medicamento:

.....

Dosis:

.....

.....

2) Medicamento:

.....

.....

Dosis:

.....

.....

¿Hay algún medicamento que no debe tomar? ¿Cuál?

.....

.....

.....

Alimentación

¿Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir?

.....

.....

.....

.....

+

PALEO TURISMO *educativo*

El siguiente espacio, es para que ud. consigne cualquier información que considere importante y necesaria para el conocimiento de los profesionales que en caso necesario, atenderán al titular de la presente.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Presto mi conformidad a realizar actividades de aventura en la montaña, como así mismo a realizar todas las actividades y / o servicios que componen la excursión o estén incluidos en los itinerarios.

Autorizo a los organizadores de Paleo Turismo Educativo a llamar al 107 a quien presento a recibir el tratamiento sugerido de aislamiento según protocolo vigente del ministerio de salud de la nación y ministerios de salud provinciales, referente a posibles casos de COVID-19 o gripe a, y la toma de medicación que acompaña a este tratamiento indicado por la autoridad sanitaria competente dependiente del ministerio de salud.

.....
firma del titular

Aclaración.....
Lugar y fecha

PALEO TURISMO *educativo*

Autorizo a personal de PaleoTurismo Educativo a tomar fotografías y material audio visual de las actividades turísticas y educativas a desarrollar en Área Natural Protegida Loma de Las Tapias, a fin de ser publicadas en sitios virtuales tales como redes sociales, página web y blogs oficiales pertenecientes al mismo.

Firmo conforme:

Aclaración:

DNI:

Papá /Mamá/Acompañante de:

Fecha: