



PALEOTURISMO EDUCATIVO

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?

.....
.....



paleoturismoeducativo



paleoturismoeducativo



264 5636605



silvinasurbano@gmail.com



PALEOTURISMO EDUCATIVO

Medicamentos

¿Está 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?

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

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 aislación 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



paleoturismoeducativo



paleoturismoeducativo



264 5636605



silvinasurbano@gmail.com