



PALEOTURISMO EDUCATIVO

Ficha médica complementaria para actividad de Paleoturismo- Ecoturismo- 2025

Por favor llenar esta ficha médica con letra clara. Entregar a su coordinador referente.

Éste documento es importante para activar en caso de necesidad el protocolo de emergencia de salud.

Institución:

Docente o coordinador referente:

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?.....



paleoturismoeducativo



paleoturismoeducativo

www.paleoturismoeducativo.com.ar



264 5636605



paleoturismoeducativo@gmail.com



PALEOTURISMO EDUCATIVO

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

.....
.....

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 Paleoturismo Educativo a llamar al 107 a quien presento a recibir el tratamiento sugerido y la toma de medicación que acompaña a este tratamiento indicado por la autoridad sanitaria competente dependiente del Ministerio de Salud Pública de San Juan.

.....
firma del titular

Aclaración.....
Lugar y fecha



paleoturismoeducativo



paleoturismoeducativo

www.paleoturismoeducativo.com.ar



264 5636605



paleoturismoeducativo@gmail.com