

LA COBERTURA MÉDICA SOLO INCLUYE PARA LOS DÍAS DE VIAJE

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR

• DNI _____ • Fecha de nacimiento ____/____/____
 • Domicilio _____ • Localidad _____
 • TEL _____ • Celular _____ • MAIL _____

• ASSIST-CARD _____
 • N° DE VOUCHER _____
 • Tel _____

EMERGENCIAS

Comunicarse con:

• _____ TEL/CEL _____ MAIL _____
 • _____ TEL/CEL _____ MAIL _____
 • _____ TEL/CEL _____ MAIL _____

ANTECEDENTES CLINICOS

Grupo _____ Factor _____ Peso _____ Altura _____

Alérgico SI(*) // NO _____ Hepatitis SI // NO _____ Diabetes SI // NO _____

(*) _____

MEDICAMENTOS

Nombre	Dosis	Motivo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

SI // NO _____ CUÁL/CUALES _____

ENFERMEDADES BASE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alérgicas | <input type="checkbox"/> Infectológicas |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterológicas | <input type="checkbox"/> Neurológicas |
| <input type="checkbox"/> Hepatológicas | <input type="checkbox"/> Oncológicas |
| <input type="checkbox"/> Nefro-urológicas | <input type="checkbox"/> Respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Nutricionales | <input type="checkbox"/> Metabólica |
| <input type="checkbox"/> Psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Dermatológicas |
| <input type="checkbox"/> Reumatológicas | <input type="checkbox"/> Traumatológicas |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Oftalmológicas |
| <input type="checkbox"/> Endocrinológicas | <input type="checkbox"/> Vasculares |
| <input type="checkbox"/> Hematológicas | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

SI // NO _____ CUÁL/CUALES _____

COBERTURA MEDICA

Obra Social/Prepaga: _____

N° de Vaucher o Socio: _____

Teléfono de urgencia: _____

POR FAVOR COMPLETE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE CONSIDERE IMPORTANTE (alergias alimentarias, restricción de actividades, etc.) _____

Autorizo a _____ a viajar, como a si mismo a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o estén incluidos en los itinerarios.

Firma del Padre o Tutor

Aclaración

Fecha y lugar

Firma del Médico y N° de Matrícula

Aclaración

Fecha y lugar

FICHA MEDICA COMPLEMENTARIA

MEDIOS DE TRANSPORTE (marque lo que corresponda)

AÉREO TERRESTRE FECHA DE SALIDA: ____/____/____

NOMBRE DE LA EMPRESA DE TURISMO ESTUDIANTIL _____

EMPRESA TRANSPORTADORA Y N° DE VUELO _____

EMPRESA TRANSPORTADORA DE VEHICULO TERRESTRE _____

DATOS DEL INTERESADO

APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ DNI _____

PAÍSES Y CIUDADES POR DONDE CIRCULO LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS OBSERVADOS EN LOS ÚLTIMOS 10 DÍAS

FIEBRE TOS DIFICULTAD PARA RESPIRAR
DIARREA VOMITOS DOLOR DE CABEZA
DOLOR MUSCULAR NINGUNO OTRO

DIRECCIÓN/ ES PARA CONTACTO EN LOS PRÓXIMO 14 DÍAS - HOTEL/ES DONDE SE HOSPEDARA DURANTE EL VIAJE

PERSONA DE CONTACTO: PADRE, MADRE O TUTOR

APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS _____

TELÉFONOS _____

Firma de viajero

Firma Padre/Madre/Tutor