



FICHA MÉDICA

Sres. Padres recuerden que esta ficha es para un mejor cuidado de sus hijas. Los médicos llevarán esta ficha durante todo el viaje y será herramienta constante de consulta. Por favor no omitan ni limiten ningún tipo de información.

Nombre y apellido del pasajero:

DNI:

Edad:

Altura:

Peso:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH:

Nombre del médico de cabecera:

Teléfono:

¿Padece o padeció alguna de estas enfermedades?

Marque con un círculo lo que corresponda:

Epilepsia	SI	NO	Pulmonía	SI	NO
Encefalitis	SI	NO	Pleuresía	SI	NO
Meningitis	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Enfermedades cardíacas	SI	NO	Enfermedades del riñón	SI	NO
Mal de chagas	SI	NO	Problemas estomacales	SI	NO
Paperas	SI	NO	Problemas intestinales	SI	NO
Sarampión	SI	NO	Trastornos hepáticos	SI	NO
Rubéola	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Varicela	SI	NO	Problemas de piel	SI	NO
Escarlatina	SI	NO	Hernias	SI	NO
Erisipela	SI	NO	Otitis	SI	NO
Bronquitis	SI	NO	Tos convulsa	SI	NO
Anginas	SI	NO			
Neumonía	SI	NO			

Alergias: SI NO

Indique tipo de alergia y cuidados que deben observarse:

.....

Medicamentos: Penicilina: Comidas:

Otros:

Indique medicación que necesita para vigilar esta dolencia:

Diabetes: SI NO

Indique medicación que necesita para vigilar la misma:

.....

Consigne cualquier otra información de importancia en la historia clínica de su hija:

.....

.....

¿Padece alguna dolencia de tipo crónico identificada?: SI NO

Detalle:

.....

Como consecuencia de ello ¿consume algún medicamento?: SI NO

Indique cuál, dosis y forma de administración del mismo:

.....

¿Está bajo tratamiento psiquiátrico?: SI NO

Como consecuencia de ello ¿consume algún medicamento?:

.....

Indique cuál, dosis y forma de administración del mismo:

.....

Nombre del psiquiatra:

Teléfono:

¿Ha sido hospitalizada en alguna ocasión?: SI NO

Motivo:

¿Ha sufrido fracturas?: SI NO

Indique cuál/cuales:

¿Usa ortodoncia?: SI NO

¿Usa algún elemento ortopédico?: SI NO

Indique cuál/cuales:

Inmunización, vacunas: ¿Tiene su esquema completo?:

Si falta alguna indique cuál:

Antitetánica: SI - NO

Enfermedades a las que es propensa

Broncoespasmos:	SI	NO	Sonambulismo:	SI	NO
Bronquitis:	SI	NO	Convulsiones:	SI	NO
Afecciones del oído:	SI	NO	Desmayos:	SI	NO
Afecciones de la nariz:	SI	NO	Constipación:	SI	NO
Resfríos:	SI	NO	Diarreas:	SI	NO
Enuresis:	SI	NO	Vómitos:	SI	NO

En caso de embarazo, indicar tiempo y fecha probable:

.....

Antecedentes sociales y de conducta:

¿Con quién vive?:.....

¿Practica deportes o gimnasia?:

¿Con qué frecuencia?:

¿Sabe nadar?:

¿Puede tomar sol?:.....

¿Fuma?:

¿Bebe cerveza o algún otro tipo de bebida alcohólica?:

¿Con qué frecuencia?:

¿Sufre de insomnio?:

¿Sufre de angustia?:

¿Fobias?:

¿Reacciones impulsivas y/o agresividad?:

Antecedentes familiares

Diabetes:	SI	NO
Anemia:	SI	NO
Enfermedades de riñón:	SI	NO
Presión alta:	SI	NO
Tuberculosis:	SI	NO
Epilepsia:	SI	NO
Asma:	SI	NO
Muerte Repentina:	SI	NO
Enfermedades Cardíacas:	SI	NO

Si existiera algún antecedente familiar de importancia para la salud de su hija, por favor informe sobre el mismo.

Los padres deberán informar por escrito, antes de la salida, cualquier cambio de la presente declaración jurada y/o sintomatología imprevista y no común que debiera ser atendida durante el viaje, como resfrío, anginas, etc. Y si como consecuencia de ello consume algún medicamento, deberá consignar dosis y forma de administración del mismo, de modo que los coordinadores puedan cuidarla convenientemente.

Los datos que anteceden han sido suministrados a sabiendas de que los mismos tienen carácter de declaración jurada.

Firma del padre, madre o tutor responsable

Firma y sello del profesional