

Autorización del menor para tratamiento médico / Authorization for Minor's Medical Treatment -Free Legal Form

Nombre de la Agencia / Agency name: **Fecha del Viaje / Travel date:** / /

Nro voucher / Voucher number: **Nro Caso / Case number:**

Menor / Child

Nombre y Apellido Completo / Full Legal Name:

Fecha de Nac. / Date of Birth: **Edad / Age:** **Sexo / Gender:** **Nº Pasaporte / Passport Number:**

Grupo Sanguíneo / Blood Group: **Factor / Type Blood:**

Padre o Tutor / Parents - Legal Guardians

Nombre del Padre / Father's Name:

Dirección / Address:

Tel Part. / Home phone: **Tel. Laboral / Work phone:** **Celular / Cell phone:**

Pager: **Email:**

Información Adicional / Additional Contact Information:

Nombre de la Madre / Mother's Name:

Dirección / Address:

Tel Part. / Home phone: **Tel. Laboral / Work phone:** **Celular / Cell phone:**

Pager: **Email:**

Información Adicional / Additional Contact Information:

Contacto Alternativo, en caso de que los padres no puedan ser localizados / Alternative contact in case Parents / legal Guardians cannot be reached

Nombre / Name:

Dirección / Address:

Tel Part. / Home phone: **Tel. Laboral / Work phone:** **Celular / Cell phone:**

Pager: **Email:**

Relación con el menor / Child's Relation:

Ficha Médica / Medical Information

Obra Social / Medical's Insurance:

Nº de Afiliado / ID Social Number:

Tel. de Urgencia / Emergency Phone:

Nombre del Médico de Cabecera / Doctor's name:

Teléfono / Telephone Number:

Signos y síntomas observados en los últimos 10 días / Signs and symptoms observed in the last 10 days

Fiebre / Fever

Tos / Cough

Diarrea / Diarrhea

Vómito / Vomiting

Dolor Muscular / Muscular Pain

Dolor de Cabeza / Headache

Dificultad para respirar / Difficult to breath

Otros / Another

Ninguno / None

Historia Médica (tache lo que no corresponda) / Medical History (cross out if not applicable)

Enfermedades de la Niñez / Childhood Illness

Varicela / Chicken pox YES NO

Sarampión / Measles YES NO

Rubeola / Rubella YES NO

Otras enfermedades / Other Childhood illnesses? YES NO

¿Cuales? / Which ones?

Otras enfermedades que haya padecido o padezca actualmente / Others Childhood Illness

Cardiopatías / Heart diseases YES NO **¿Cuáles? / Which ones?**

Respiratorias / Respiratory diseases YES NO **¿Cuáles? / Which ones?**

Metabólicas / Metabolic diseases YES NO **¿Cuáles? / Which ones?**

Neurológicas / Neurological diseases YES NO **¿Cuáles? / Which ones?**

Digestivas / Gastrointestinal diseases YES NO **¿Cuáles? / Which ones?**

Psicológicas / Psychological diseases YES NO **¿Cuáles? / Which ones?**

Traumatológicas / Orthopedic diseases YES NO **¿Cuáles? / Which ones?**

COVID-19 / COVID-19 YES NO **¿Cuándo? / When?**

Posee alguna enfermedad Crónica (Alergia, Diabetes, trastornos en la sangre?) / Does the Child have any chronic disease (Allergy, Diabetes, blood illnesses)?

¿Es Alérgico? / Is the Child Allergic? YES NO **¿A qué cosa? / Mention the things that your child is allergic to**

¿Alguna vez se aplico la vacuna antitetánica? Cuando fue la última vez? / Have you ever applied the tetanus vaccination? When was the last time?

¿Se ha vacunado contra COVID-19? ¿En qué fecha? ¿Cuántas dosis posee? / Have you been vaccinated against COVID-19? When? How many doses had you received?

Medicamentos / Medicine

Está actualmente en tratamiento con algún medicamento / Is your child actually being treated with any medications? (*)YES NO

(*) **En caso afirmativo complete la siguiente información / In affirmative case complete the following information:**

A) **¿Por qué enfermedad la toma? / Mention the name of the illness that your child takes that medicines for.....**

B) **¿Qué medicamento debe suministrarse? Mencione el nombre y la droga / Mention the name of the medicines and the dose that is taken by your child**

- **Nombre de la Medicina / Medication`s Name:**

- **Droga / Medication`s Dosage:**

- **Nombre de la Medicina / Medication`s Name:**

- **Droga / Medication`s Dosage:**

Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en viaje, según la cantidad de días de viaje y la dosis / Remember to calculate the correct dosage of medications that your child should carry for the whole journey.

Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdese al Coordinador del grupo antes de comenzar el viaje / If the medication needs refrigeration, please tell this to the coordinator or supervisor before starting the journey.

¿Toma medicamentos en otras situaciones como fiebre o dolores? / Does your child take medicine in other situations like fever or pain? YES NO

¿En Cuáles? / Which one?

¿Hay alguna medicación que no deba tomar? / Is there any medications that your child should not take? YES NO

¿Cuál? / Which one?

Alimentación / Feeding Information

¿Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir? / Is there any food that your child cannot eat? YES NO

¿Cuáles? / Which one?

¿Padece de Bulimia o Anorexia? / Do you suffer from Bulimia o Anorexia? YES NO

El siguiente espacio, es para que Ud. escriba cualquier información que considere importante y necesaria para el conocimiento de los profesionales, que en caso de necesitarlo, atenderán al titular de la paciente (embarazo, antecedentes psiquiátricos, etc) / The following space is in order to complete if you consider any important information for knowledge of the professionals, that in case of needing, they`ll see the patient (pregnancy, psychiatric precedents, etc)

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

.....
Firma y sello del Médico / Doctor`s Signature

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTOR / AUTHORIZATION AND CONSENT OF PARENTS OR LEGAL GUARDIAN

Por la presente, juro solemnemente, tener la custodia legal del menor mencionado anteriormente. En este acto, autorizo y doy mi consentimiento para que "El coordinador" a cargo administre, en general la primera asistencia o tratamiento médico en caso de que el menor sufra lesiones o enfermedades durante su viaje. / I do hereby solemnly swear that I have legal custody of the aforementioned minor child.

I grant my authorization and consent for the "Supervising adults" to administer general first visit and treatment at Clinics or Emergency Room for any injury or illness during his/her trip.

Firma del Padre / Father`s Singnature:

Aclaración / Printed Name:

DNI / ID Card:

Firma de la Madre / Mother`s Singnature:

Aclaración / Printed Name:

DNI / ID Card:

Firma del Tutor / Legal Guardians:

Aclaración / Printed Name:

DNI / ID Card:

.....
Lugar y Fecha / Date

El adquirente de este servicio ha analizado y se le ha explicado el contenido de la prestación contratada con carácter previo a su adquisición, siendo constancia de ello el voucher entregado por su agente de viajes.

Importante: Toda enfermedad cuyo origen etiológico sea previo al comienzo del viaje (ENFERMEDAD PREEXISTENTE), sea conocida o no por el Titular del voucher, QUEDA EXCLUIDA DE ESTA COBERTURA.