

## FICHA MÉDICA Y AUTORIZACIÓN

La presente ficha médica será tenida en cuenta para la atención integral del titular, por lo cual, le rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible, para que nuestros profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia. Para que esto se cumpla además, es importante que la presente se complete con letra clara, si es posible, de imprenta mayúscula. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

### DATOS DEL TITULAR

NOMBRES: .....  
 APELLIDOS: .....  
 SEXO: FEMENINO.....MASCULINO..... FECHA DE NACIMIENTO / /  
 GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO .....  
 TIPO DE DOCUMENTO: ..... N° DE DOCUMENTO: .....  
 DOMICILIO Calle: ..... N°: .....  
 Código Postal:..... Localidad:.....  
 Provincia:..... Teléfono: (.....) - .....

### EN CASO DE URGENCIA AVISAR A

APELLIDOS Y NOMBRES: .....  
 TELÉFONOS DE LÍNEA: .....  
 CELULARES: .....  
 E-MAILS: .....  
 Relación con el titular: .....  
 APELLIDOS Y NOMBRES: .....  
 TELÉFONOS DE LÍNEA: .....  
 CELULARES: .....  
 E-MAILS: .....  
 Relación con el titular: .....

### COBERTURA MÉDICA

OBRA SOCIAL O PREPAGA: .....  
 N° DE AFILIADO O SOCIO: .....  
 TELÉFONO DE URGENCIAS: .....  
 Si posee médico de cabecera, complete los datos a continuación:  
 Nombre del médico de cabecera: .....  
 Teléfonos de contacto: (.....) .....

### ANTECEDENTES MÉDICOS (tache lo que no corresponda)

Enfermedades frecuentes:

|                       |    |    |                 |
|-----------------------|----|----|-----------------|
| Varicela              | Si | No | ¿Otras? .....   |
| Sarampión             | Si | No | ¿Cual/es? ..... |
| Rubéola               | Si | No |                 |
| Paperas               | Si | No |                 |
| Poliomielitis         | Si | No |                 |
| Tos convulsa          | Si | No |                 |
| Varicela              | Si | No |                 |
| Escarlatina           | Si | No |                 |
| Epilepsia             | Si | No |                 |
| Convulsiones          | Si | No |                 |
| Desmayos / Síncopes   | Si | No |                 |
| Sonambulismo          | Si | No |                 |
| Sinusitis             | Si | No |                 |
| Hipertensión arterial | Si | No |                 |

|                                |    |    |  |
|--------------------------------|----|----|--|
| Diabetes                       | SI | No | ¿En caso afirmativo es insulino requirente? Indique tratamiento. |
| Asma                           | SI | No |  |
| Falso crup                     | SI | No |  |
| Broncoespasmos                 | SI | No |  |
| Enuresis                       | SI | No |  |
| EPOC                           | SI | No |  |
| Fibrosis quística              | SI | No |  |
| Enfermedades tiroideas         | SI | No | ¿Cuál? .....   |
| Gastritis                      | SI | No |  |
| Enfermedad celiaca             | SI | No |  |
| Diarrea crónica / motivo       | SI | No |  |
| Hepatitis                      | SI | No |  |
| Insuficiencia renal            | SI | No |  |
| Glomerulo nefritis             | SI | No |  |
| Lupus                          | SI | No |  |
| Esclerodermia                  | SI | No |  |
| Psoriasis                      | SI | No |  |
| Artritis reumatoidea           | SI | No |  |
| Hemorragias nasales frecuentes | SI | No |  |
| Anemia                         | SI | No |  |
| Hemofilia                      | SI | No |  |
| Leucemia                       | SI | No |  |
| Linfoma                        | SI | No |  |
| Enfermedades de la coagulación | SI | No | ¿Cuál? .....   |
| Enfermedades inmunosuprimidas  | SI | No | ¿Cuál? .....   |

Embarazo SI No  
 En caso afirmativo en caso afirmativo indique fecha de última menstruación y fecha probable de parto.

**Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente que no se encuentren en la lista descrita precedentemente:**

|                 |    |    |                 |
|-----------------|----|----|-----------------|
| 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? Breve descripción y tratamiento medicamentoso que utiliza. ....

¿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: .....

Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y las dosis.

Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdesele al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál dosis? .....

¿Toma medicamentos en otras situaciones? (fiebre, dolores, etc.)      Si                      No

¿En caso afirmativo, cuáles? .....

¿Hay algún medicamento que no debe tomar? ¿Cuál? .....

## ALIMENTACIÓN

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir? .....

El siguiente espacio, es para que Ud. consigne cualquier información que considere importante y necesaria para conocimiento de los profesionales que en caso de necesitarlo, atenderán al titular de la presente.

## VACUNAS RECIBIDAS

|                                       |    |    |       |       |
|---------------------------------------|----|----|-------|-------|
| Antitetánica                          | Si | No | Fecha | ..... |
| Antituberculosa (Bcg)                 | Si | No | Fecha | ..... |
| Doble                                 | Si | No | Fecha | ..... |
| Triple                                | Si | No | Fecha | ..... |
| Cuádruple                             | Si | No | Fecha | ..... |
| Pentavalente                          | Si | No | Fecha | ..... |
| Polio                                 | Si | No | Fecha | ..... |
| Neumocócica                           | Si | No | Fecha | ..... |
| Meningocócica                         | Si | No | Fecha | ..... |
| Hepatitis A                           | Si | No | Fecha | ..... |
| Hepatitis B                           | Si | No | Fecha | ..... |
| Tres vírica                           | Si | No | Fecha | ..... |
| VPH (Infecciones por papiloma humano) | Si | No | Fecha | ..... |

"Si su hijo se encuentra comprendido en alguna de estas afecciones, rogamos se le administre la vacuna correspondiente a Influenza A H1N1".

"Por favor, subraye si corresponde a alguna de las categorías e indique si recibió vacunación y la fecha".

01. Obesos mórbidos: IMC mayor o igual a 40.
02. Retraso madurativo severo.
03. Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas severas.
04. Enfermedades respiratorias crónica.
05. Asma severo.
06. Cardiopatías congénitas.
07. Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético.
08. Enfermedad oncohematológica hasta 6 meses posteriores a la remisión completa.
09. Tumor de órgano sólido en tratamiento.
10. Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativa de ingresar en diálisis en los siguientes 6 meses.
11. Insuficiencia congénita o adquirida.
12. Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis.
13. Diabéticos.

Vacuna: Si ..... No ..... Fecha: .....

**"Universal Assistance se hará cargo de todos y cada uno de los gastos incurridos por asistencia médica hasta el tope de cobertura del producto. Una vez superado este tope de cobertura, todos los gastos que emanen de la atención del damnificado (pasajero/paciente) correrán por cuenta de la obra social o prepaga –si la tuviere-, motivo por el cual Universal Assistance se compromete a brindarles todos los datos necesarios para que continúen con la atención correspondiente, quedando a cargo de la obra social o seguro médico todos los compromisos tanto profesionales, legales como económicos." La presente leyenda asociada a la firma del titular/padres madre o tutor da como aceptada la cláusula. Junto con esta cláusula se deberá adjuntar fotocopia del DNI y fotocopia del carnet de la obra social."**

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

**Todos los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de confidencialidad y se encuentran enmarcados bajo las normas del Secreto Médico Profesional. Contemplado jurídicamente en las siguientes legislaciones, Ley 17.132 artículo 11 del EJERCICIO DE LA MEDICINA y por el Código Penal Argentino en su artículo 156.**

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

.....  
Firma del Médico

.....  
N° de Matrícula

.....  
Aclaración

.....  
Aclaración

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Lugar y Fecha