



FICHA MÉDICA



ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Sres padres, recuerden que esta ficha es para un mejor cuidado de sus hijos, los médicos llevarán esta ficha durante todo el viaje y es nuestra herramienta constante de consulta. No omitan ni limiten ningún concepto.

Nombre del pasajero: _____

Edad: _____

Actividad: _____

Altura: _____ **Peso:** _____

Gr. sanguíneo: _____ **Factor Rh:** _____

Nombre del Médico de cabecera: _____ **Te:** _____

Marque con un círculo lo que corresponda

¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades?

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

Alergias SI NO

Indique tipo de alergia y cuidados que deben observarse.

Asma SI NO

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 hijo

¿Padece alguna dolencia de tipo crónico identificada o no? _____

Detalle _____

Como consecuencia de ello, ¿consume algún medicamento? _____

Indique cual, dosis y forma de administración del mismo _____

¿Está bajo tratamiento psiquiátrico?:

Como consecuencia de ello, ¿consume algún medicamento? _____

Indique cual, dosis y forma de administración del mismo _____

¿Ha sido hospitalizada en alguna ocasión? _____

Motivo _____

¿Ha sufrido fracturas? _____ Indique cuáles _____

¿Usa ortodoncia? _____

¿Usa algún elemento ortopédico? _____

Inmunización. Vacunas: ¿Tiene su esquema completo? SI NO

Si falta alguna indique cual _____

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	Enfermedades del riñón	SI	NO
Anemia	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Epilepsia	SI	NO	Presión Alta	SI	NO
Asma	SI	NO	Muerte Repentina	SI	NO
Enfermedades del corazón	SI	NO			

Si existiera algún antecedente familiar de importancia para la salud de su hijo, por favor informar sobre la misma.

Los Padres deberán informar por escrito, antes de la salida, cualquier 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 cuidarlo convenientemente

Los datos que anteceden han sido suministrados a sabiendas de que los mismos tienen carácter de Declaración Jurada

Firma del Padre o Tutor