

## 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

# CERTIFICADO MÉDICO

La Agencia cumple en informar al Médico responsable de la Salud de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ las principales características del  
viaje que pueden influir en el estado de salud de la viajera a fin de ser tenidas en cuenta por parte del profesional médico  
interviniente. Las mismas consisten en: viaje en avión, esperas en aeropuertos y en el ingreso a ciertos juegos en los cuales  
se permanece de pie. Régimen irregular de horarios de comida y descanso. Actividades con control grupal (no individual).  
Alimentación demasiado abundante en lípidos e hidratos de carbono (característica de los Estados Unidos). Y que la menor  
puede estar sometida constantemente a estímulos de todo tipo, luminosos, auditivos, cambios bruscos de temperatura,  
calor, humedad, horarios, grandes descargas de adrenalina debido los juegos como las montañas rusas y otras atracciones  
con cambios bruscos de dirección y hasta con fuerzas que desafían la ley de la gravedad, etc., (todo lo que un viaje a los  
principales parques de diversión de Florida, USA, implica).

Asimismo se informa que hay atracciones que prohíben expresamente el ingreso de personas con problemas cardíacos.  
Problemas de cervicales y/o espalda. Presión alta o cirugías recientes, por lo que advertimos sobre estas reglas y característi-  
cas del programa, a fin de que sean tenidas en cuenta en los consejos médicos pre viaje.

Declaro que la paciente \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, con diagnóstico de \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ puede realizar el viaje de quincea-  
ñeras llamado **"The Magic Experience"**, con destino Miami- Orlando, Florida, USA, organizado por Juan Toselli Internatio-  
nal Tours, para la salida correspondiente a \_\_\_\_\_, por considerar que su estado de salud es  
apto para este tipo de experiencia grupal y que la menor no necesita de cuidados personales y/o especiales, ni de una dieta  
particular y puede realizar todas las actividades propuestas en el programa.

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**Nombre del Médico**

**Matrícula Profesional**

**Teléfono y dirección del consultorio de atención**