

La presente ficha médica reviste el carácter de declaración jurada, y será tenida en cuenta para la atención integral del titular, por lo cual, la información consignada deberá ser completa, precisa y veraz, para que nuestros profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia. La presente será completada con letra clara e imprenta mayúscula. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

DATOS DEL COLEGIO

COLEGIO: LOCALIDAD:
CURSO: DIVISION: TURNO:

DATOS DEL PASAJERO

APELLIDO Y NOMBRE:
DOCUMENTO TIPO Y Nº: FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO: NUMERO:
TELEFONO: LOCALIDAD: PROVINCIA:
SEXO:
MAIL:

DATOS DEL PADRE Y MADRE

APELLIDO Y NOMBRE PADRE:
CELULAR: E-MAIL:
APELLIDO Y NOMBRE MADRE:
CELULAR: E-MAIL:

CONTACTOS ALTERNATIVOS

APELLIDO Y NOMBRE:
CELULAR: E-MAIL:
APELLIDO Y NOMBRE:
CELULAR: E-MAIL:

HERMANOS

¿TIENE HERMANOS MENORES EN ETAPA ESCOLAR?: SÍ NO

En caso de positiva la respuesta anterior:

¿QUÉ GRADO ESTÁN CURSANDO?:

¿EN QUÉ COLEGIO?:

COBERTURA MÉDICA

OBRA SOCIAL O PREPAGA:

N° DE AFILIADO O SOCIO: TELÉFONO DE URGENCIAS:

MÉDICO DE CABECERA: TELÉFONO:

ANTECEDENTES MÉDICOS (Tache lo que no corresponda)

VARICELA **SI** **NO** ¿OTRAS?

SARAMPIÓN **SI** **NO** ¿Cuáles?

RUBÉOLA **SI** **NO**

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente:

CARDIOPATÍAS **SI** **NO** ¿Cuáles?

RESPIRATORIAS **SI** **NO** ¿Cuáles?

METABÓLICAS **SI** **NO** ¿Cuáles?

DIGESTIVAS **SI** **NO** ¿Cuáles?

HEPATOPATÍAS **SI** **NO** ¿Cuáles?

NEUROLÓGICAS **SI** **NO** ¿Cuáles?

PSICOLÓGICAS **SI** **NO** ¿Cuáles?

ALERGIAS **SI** **NO** ¿A qué es alérgico?

TRAUMATOLÓGICAS **SI** **NO** ¿Cuáles?

AUTOINMUNES **SI** **NO** ¿Cuáles?

¿Posee enfermedades crónicas? (Diabetes, trastornos en la sangre, asma, etc.) ¿Cuáles?

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:

Recuerde calcular la cantidad de medicamentos que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y las dosis. Si el medicamento necesita refrigeración, avise al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

¿Toma medicamentos en otras situaciones? (fiebre, dolores, etc.) SI NO

En caso afirmativo, ¿cuáles? ¿Algún medicamento que NO debe tomar? ¿Cuál?

ALIMENTACIÓN

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir?

Detalle:

Las dietas especiales, deberán ser presentadas con certificado del profesional correspondiente y enviadas 72hs. antes de la salida del grupo, al número (351) 243-4449 (vía WhatsApp) o al siguiente E-mail: educativos@beggia.tur.ar

El siguiente espacio, es para 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.

SIGNOS Y SÍNTOMAS OBSERVADOS EN LOS ÚLTIMOS 10 DÍAS.

FIEBRE (37,5 O MAS):	TOS CECA:	CANSANCIO:	DOLOR DE GARGANTA:
PÉRDIDA DE GUSTO:	DIARREA:	VOMITOS:	DOLOR DE CABEZA:
PÉRDIDA DE OLFATO:	NAUEAS:	DIFIC. PARA RESPIRAR:	DOLOR EN EL PECHO:
CONJUNTIVITIS:	ARRITMIA:	DOLOR MUSCULAR:	NINGUNO:

¿Tuvo contacto estrecho con casos confirmados o sospechosos de COVID-19 en los últimos 14 días? SI NO

Definición de contacto estrecho: *Estar con otra persona sin barbijo por más de 15 minutos a una distancia menor de 2 metros.*

COVID - 19

Si ha padecido la enfermedad COVID - 19 completa la información clínica.

Fecha de inicio del síntoma: ___/___/___ Establecimiento de la primera consulta ___/___/___

Ambulatorio: Internado:

Fecha de internación: ___/___/___ Establecimiento internación ___/___/___

Terapia intensiva: SI NO Fecha internación UTI ___/___/___

Requerimiento de ARM SI NO

El prestador del servicio médico, 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 surjan de la atención del damnificado (pasajero/paciente) correrán por cuenta de la obra social o prepaga-si la tuviere. La presente leyenda asociada a la firma del titular / padre / madre o tutor da como aceptada la cláusula.

ESTA FICHA DEBERÁ SER PRESENTADA EL MISMO DIA DE LA SALIDA CON LA FOTOCOPIA DEL DNI DEL PASAJERO.

Firma del padre o tutor
Aclaración y D.N.I.

Firma y sello del Médico
Aclaración y D.N.I.

Nº de Matrícula