



# FICHA MEDICA

Apellido:	Nombre:
DNI/CI:	Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....
Contacto del pasajero que va a viajar:	
Domicilio:	
En caso de necesidad informar al Sr./a:	
Vínculo:	Tel:
Domicilio:	Otro contacto:
Grupo Sanguíneo del pasajero:	Factor:

Enfermedades padecidas hasta la fecha	Enfermedades que padece o a la que es propenso
Sarampión <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Hepatitis (tipo) <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Bronquitis <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Paperas <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Resfrío <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Poliomielitis <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Afecciones del oído <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Tos convulsa <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Afecciones de la nariz <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Varicela <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Afecciones de los ojos <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Escarlatina <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
5ta. Eruptiva <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Sonambulismo <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Rubeola <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Desmayos <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Constipación <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Sinusitis <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Otras:	Otras:

Vacunas o sueros recibidos
Antitetánica <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antidiftérica <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antivariólica <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antipoliomielítica <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antituberculosa <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antiofídica <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antitífica <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>

Es alérgico a:	Antecedentes Traumatológicos
Comidas <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Medicamentos <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Polvo, polen <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antibióticos <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Plumas <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Otros:	Otros:

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? (Nombre de la droga genérica y componentes %)	
¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?	
¿Fuma? <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Cantidad por día: <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? <input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	
¿Régimen especial alimenticio (médico)? ¿Cuál?	

Segun mi leal consentimiento, declaro verdicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario

Fecha: ..... / ..... / .....

.....  
Firma del pasajero

Recomendamos tener presentes las siguientes apreciaciones para la utilización de los servicios de asistencia al viajero:

- Los servicios de asistencia al viajero sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio del viaje. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias preexistentes, crónicas o no, conocidas o no por el titular, así como sus consecuencias y agudizaciones, aún cuando las mismas aparezcan por primera vez en el viaje. En estos casos, la empresa prestadora de servicios de asistencia al viajero solo reconocerá, si a su exclusivo criterio correspondiese, la primera consulta clínica por la que determine la preexistencia de la enfermedad.
- También está expresamente excluido el tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencional o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o la utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
- Los servicios de asistencia al viajero tendrán validez exclusivamente durante la vigencia indicada en la tarjeta, y se regirán por las condiciones generales del servicio contratado.