



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:																																															
Vinculo:		Tel:																																													
Domicilio:		Otro contacto:																																													
Grupo Sanguíneo del pasajero:		Factor:																																													
Enfermedades padecidas hasta la fecha <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sarampión</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hepatitis (tipo)</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Paperas</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Poliomielitis</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tos convulsa</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Varicela</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Escarlatina</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5ta. Eruptiva</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Rubeola</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Epilepsia</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sinusitis</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				Sarampión	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (tipo)	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Tos convulsa	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	5ta. Eruptiva	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Rubeola	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Hepatitis (tipo)	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Paperas	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Tos convulsa	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Varicela	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
5ta. Eruptiva	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Rubeola	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Enfermedades que padece o a la que es propenso <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Asma</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bronquitis</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Resfrío</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Afecciones del oído</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Afecciones de la nariz</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Afecciones de los ojos</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Convulsiones</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonambulismo</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Desmayos</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Constipación</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>HIV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				Asma	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Resfrío	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Afecciones del oído	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Afecciones de la nariz	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Afecciones de los ojos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Sonambulismo	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Constipación	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Resfrío	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Afecciones del oído	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Afecciones de la nariz	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Afecciones de los ojos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Sonambulismo	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Desmayos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Constipación	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
HIV	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Otras: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Vacunas o sueros recibidos</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Antitetánica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Antidiftérica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Antivariólica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Antipoliomielítica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Antituberculosa</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Antiofídica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Antitífica</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				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"/>												
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"/>																																												
Otras: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Apendicitis</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Amigdalitis</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hemia</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras:</td><td colspan="3"></td></tr> </table>				Apendicitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Hemia	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Otras:																															
Apendicitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Hemia	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Otras:																																															
Es alérgico a: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Comidas</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Medicamentos</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Antibióticos</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Picaduras de insectos</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Polvo, polen</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Plumas</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				Comidas	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Antibióticos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Picaduras de insectos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Polvo, polen	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																				
Comidas	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Antibióticos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Picaduras de insectos	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Polvo, polen	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Plumas	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Antecedentes Traumatológicos <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Esguinces</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fracturas</td><td><input type="checkbox"/></td><td>SI - NO</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otros:</td><td colspan="3"></td></tr> </table>				Esguinces	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>	Otros:																																			
Esguinces	<input type="checkbox"/>	SI - NO	<input type="checkbox"/>																																												
Fracturas	<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: ¿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 verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario

Fecha: / /

Firma del pasajero

Firma del pasajero

Recuerden darse temporizaciones las siguientes orientaciones para la utilización de los servicios de asistencia al vecino:

- 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 correspondiere, 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.