



FICHA MEDICA

Apellido:	Nombre:
DNI/CI:	Fecha de nacimiento: / /
Nombre del padre, tutor encargado:	
Domicilio:	Tel:
En caso de necesidad informar al Sr./a:	
Domicilio:	Tel:
	Tel:
Grupo Sanguíneo:	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"/>	Apendicitis	<input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antidiftérica	<input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antivariólica	<input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Hemia	<input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>
Antipoliomielítica	<input type="checkbox"/> SI - NO <input type="checkbox"/>	Otras:	
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:			
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"/>
		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 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.