



Esta ficha médica será tenida en cuenta para la atención integral del pasajero por lo cual le rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veráz posible, para que nuestros profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

Datos personales

Apellido y nombres:	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Dirección:	<input type="text"/>
Celular:	<input type="text"/>		

Colegio

Nombre:	<input type="text"/>	Curso:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	División:	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>	Turno:	<input type="text"/>

Cobertura médica

Obra Social:	<input type="text"/>	N° de afiliado:	<input type="text"/>
Teléfono de urgencia:	<input type="text"/>	Médico de cabecera:	<input type="text"/>

Datos del padre/madre, tutor o encargado

Nombre Tutor:	<input type="text"/>	Dirección:	<input type="text"/>
Celular:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	CP:	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>		

Contacto de urgencia 1

Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>
Celular:	<input type="text"/>	Dirección:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>		

Enfermedades

Sarampión:	<input type="checkbox"/>	Epilepsia:	<input type="checkbox"/>	Anginas:	<input type="checkbox"/>
Rubeola:	<input type="checkbox"/>	Brucelosis:	<input type="checkbox"/>	Convulsiones:	<input type="checkbox"/>
Mononucleosis:	<input type="checkbox"/>	Colecistitis:	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática:	<input type="checkbox"/>
Enuresis:	<input type="checkbox"/>	Nefritis:	<input type="checkbox"/>	Eurinarias:	<input type="checkbox"/>
Asma:	<input type="checkbox"/>	Parasitosis instestinal:	<input type="checkbox"/>	Pulmonía:	<input type="checkbox"/>
Desmayos:	<input type="checkbox"/>	Paperas:	<input type="checkbox"/>	Epistaxis:	<input type="checkbox"/>
Bronquitis:	<input type="checkbox"/>	Afección nariz:	<input type="checkbox"/>	Pleuresia:	<input type="checkbox"/>
Hepatitis:	<input type="checkbox"/>	Varicela:	<input type="checkbox"/>	Tifoidea:	<input type="checkbox"/>
Poliomelitis:	<input type="checkbox"/>	Afección ojos:	<input type="checkbox"/>	Bocio:	<input type="checkbox"/>
Tétanos:	<input type="checkbox"/>	Resfríos:	<input type="checkbox"/>	Úlcera:	<input type="checkbox"/>
Meningitis:	<input type="checkbox"/>	Otitis:	<input type="checkbox"/>	Otras:	<input type="checkbox"/>
Hidatidosis:	<input type="checkbox"/>	Diabetes:	<input type="checkbox"/>		

Teléfono para interconsulta de urgencia:

Firma y sello del médico

Firma del padre/tutor



Alergias

Alérgico a medicamentos: Alergia comidas: Otras:
Alérgico a antibióticos: Celíaco:

Intervenciones quirúrgicas

Apendicitis: Hernia:
Amígdalas:

Vacunas

Antitetánica: Antidiftérica:
Antivariólica: Antituberculosa:
Antipoliomelítica: Antisarampionosa:

Datos Extras

Grupo y factor: Altura:
¿Toma medicamento?: Peso:
¿Sigue tratamiento?: ¿Usa lentes de contacto?:
¿Usa prótesis dental?: ¿Toma Alcohol?:
¿Fuma?: ¿Afecciones Odontológicas?:
¿Nació de parto normal?:

Agregados alergia:

Detalle datos extras:

Observaciones:

Ficha médica

Autorizo al servicio médico contratado por Entretur EVyT Legajo 9561 a realizar todas las prácticas médicas necesarias ante eventuales enfermedades que pudiera sufrir mi hijo durante su viaje de egresados.

Examen médico / Certificado de buena salud

Fecha:

Certifico que el paciente: _____ goza de buena salud y no padece enfermedad alguna. En caso de padecer alguna enfermedad o requerir tratamiento especial, adjunto certificado médico.

Nombre:
Apellido:
DNI:
N° de Contrato:

Firma y sello del médico

Firma del padre/tutor