



ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

SRES PADRES, RECUERDEN QUE ESTA FICHA ES PARA UN MEJOR CUIDADO DE SUS HIJOS, LOS MÉDICOS LLEVARÁN ESTA FICHA DURANTE TODO EL VIAJE Y ES NUESTRA HERRAMIENTA CONSTANTE DE CONSULTA. NO OMITAN NI LIMITEN NINGÚN CONCEPTO.

nombre y apellido completo del pasajero:

DNI: edad:

ACTIVIDAD:

Altura: peso:

gr sanguíneo: factor rh:

nombre del médico de cabecera: tel.:

marque con un círculo lo que corresponda

¿padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades?

Epilepsia	SI	NO	Neumonía	SI	NO
Encefalitis	SI	NO	Pulmonía	SI	NO
Meningitis	SI	NO	Pleuresía	SI	NO
Enfermedades del corazón	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Mal de Chagas	SI	NO	Enfermedades del riñón	SI	NO
Paperas	SI	NO	Problemas estomacales	SI	NO
Sarampión	SI	NO	Problemas intestinales	SI	NO
Rubéola	SI	NO	Trastornos hepáticos	SI	NO
Varicela	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Escarlatina	SI	NO	Problemas de piel	SI	NO
Erisipela	SI	NO	Hernias	SI	NO
Bronquitis a repetición	SI	NO	Otitis	SI	NO
Anginas a repetición	SI	NO	Tos convulsa	SI	NO

Alergias SI NO

Indique tipo de alergia y cuidados que deben observarse.

Asma SI NO

Indique Medicación que necesita para vigilar esta dolencia

Diabetes SI NO

Indique Medicación que necesita para vigilar la misma

Consigne cualquier otra información de importancia en la Historia Clínica de su hijo

¿padece alguna dolencia de tipo crónico SI NO

identificada ?DETALLE

Como consecuencia de ello, ¿consume algún medicamento?

Indique cual, dosis y forma de administración del mismo

¿Está bajo tratamiento psiquiátrico?

Como consecuencia de ello, ¿consume algún medicamento? _____

Indique cual, dosis y forma de administración del mismo _____

¿Ha sido hospitalizada en alguna ocasión? _____

Motivo _____

¿Ha sufrido fracturas ? _____ indique cuáles _____

¿Usa ortodoncia? _____

¿Usa algún elemento ortopédico? _____

Inmunización. Vacunas: ¿Tiene su esquema completo? SI NO

Si falta alguna indique cual _____

ALIMENTACIÓN (Marcar con una X en caso que corresponda)

Diabética

Vegetariana

Otros: _____

Celíaca

Vegana

ANTECEDENTES SOCIALES Y DE CONDUCTA

¿Con quién vive? _____

¿Practica deportes o gimnasia? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Sabe nadar? _____

¿Puede tomar sol? _____

¿Fuma? _____

¿Bebe cerveza o algún otro tipo de bebida alcohólica? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Sufre de Insomnio? _____

¿Sufre de Angustia? _____

¿Fobias? _____

¿Reacciones impulsivas y/o agresividad? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

diabetes SI NO

anemia SI NO

epilepsia SI NO

asma SI NO

enfermedades del corazón SI NO

enfermedades de riñón SI NO

tuberculosis SI NO

presión alta SI NO

muerte repentina SI NO

Si existiera algún antecedente familiar de importancia, por favor informar sobre la misma.

Los datos que anteceden han sido suministrados a sabiendas de que los mismos tienen carácter de Declaración Jurada