



rostrip.com.ar

Córdoba 1344 p.2 of.1
Rosario - Sta. Fe - Arg.
tel. 0341 5300210/211
info@rostrip.com.ar
nro. legajo 13472 Disp.1333

FICHA MEDICA

Legajo individual _____

La presente ficha médica será tenida en cuenta para la atención del titular, por lo cual le solicitamos que la información consignada sea lo más completa y precisa posible, para que los profesionales puedan brindar un servicio de calidad y eficiencia.

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA MAYUSCULA

DATOS DEL PASAJERO

Apellido _____ Nombres _____
Documento, Tipo y Nro _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
Colegio _____ División _____ Turno _____

DOMICILIO

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto. _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
DDN Ej. Bs. As. (011) _____ Tel. _____ Email _____

PADRE, MADRE O TUTOR

Apellido _____ Nombres _____
Telefono de línea _____ Telefono celular _____ Email _____
Relación con el titular _____

EN CASO DE URGENCIA CONTACTARSE CON

Apellido _____ Nombres _____
Telefono de línea _____ Telefono celular _____ Email _____
Relación con el titular _____

Apellido _____ Nombres _____
Telefono de línea _____ Telefono celular _____ Email _____
Relación con el titular _____

Si posee cobertura médica y/o médico de cabecera por favor complete los datos a continuación

Obra Social Prepaga _____ Nro. de afiliado o socio _____
Apellido y Nombre del médico de cabecera _____
Telefono de contacto _____

HISTORIAL CLINICO

- Grupo y Factor sanguíneo _____ (obligatorio)
- Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? SI NO Porque motivo? Diagnóstico: _____
_____ Adjuntar certificado si cree conveniente
- Está tomando algún medicamento? Cual es la dosis y la frecuencia? _____
- Tuvo algún accidente o internación en los últimos 12 meses? Porque motivo? Diagnóstico: _____
- Ha sido sometido a alguna cirugía? De que tipo? _____
- Es alérgico? A que cosas? _____
- Vacunas Cuales? / fecha _____

■ Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades de pulmones / cuales? _____ | <input type="checkbox"/> Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación | <input type="checkbox"/> Gastritis o úlceras |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los huesos o articulaciones | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los intestinos | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Colicos renales | <input type="checkbox"/> Enfermedades psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades renales crónicas | <input type="checkbox"/> Problemas ginecológicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Epilepsia y/o convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis o enfermedades de la columna | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |

- Tiene alguna actividad física desaconsejada por su médico? SI NO Cual? - adjuntar certificado médico - _____
- Tiene algún alimento desaconsejado por su médico? SI NO Cual? - adjuntar certificado médico - _____
- Toma medicamentos en otras situaciones? (fiebre, dolores, etc.) SI NO Cual? - adjuntar certificado médico - _____
- Hay algún medicamento que no deba tomar? SI NO Cual? - adjuntar certificado médico - _____

Este espacio es para información que usted considere necesaria para el conocimiento de los profesionales que en caso necesario, atenderán al pasajero

■ Si su hijo se encuentra comprendido en algunas de estas afecciones, rogamos se le administre la vacuna correspondiente a la Influenza A H1N1.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 01- Obesos mórbidos: IMC mayor o igual a 40. 02- Retraso madurativo severo. 03- Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas severas. 04- Enfermedades respiratorias crónicas. 05- Asma severo. 06- Cardiopatías congénitas. 07- Transplantado de órganos sólidos o tejidos hematopoyéticos. | <ul style="list-style-type: none"> 08- Enfermedad Oncohematológica hasta 6 meses posteriores a la remisión completa. 09- Tumor de órgano sólido en tratamiento. 10- Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativa de ingresar en diálisis en los siguientes 6 meses. 11- Insuficiencia congénita o adquirida. 12- Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis. 13- Diabéticos. |
|---|---|

■ Vacunas SI NO Fecha: _____

Recuerde calcular las dosis necesarias de medicamentos de acuerdo a la cantidad de días de viaje. Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdese al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

La presente ficha médica tiene carácter de Declaración Jurada. En caso de estar algún tiempo incompleto o que no estuviese firmada por un médico y responsable, el pasajero no podrá realizar el viaje.

Seguros y Asistencia Médica - Establecidos por la ley nro. 25.599, modificada por la ley 26.208, reglamentados por Res. 237/07 y 271/09 Póliza de Accidentes Personales. Federación Patronal Seguros SA. Av. 51N770 - La Plata - Por \$ 100.000 - pesos cien mil - por pasajero. Póliza de Responsabilidad Civil. Federación Patronal Seguros SA. - Av 51N770 La Plata. Por \$200.000 - pesos doscientos mil - por pasajero. Asistencia Médica y Farmacéutica. Federación Patronal Seguros SA. Av. 51N770 - La plata - por \$10.000 - pesos diez mil - por pasajero. Asistencia al viajero. Universal Assistance SA. Av Córdoba 967. Ciudad de Bs. As. Por \$ 10.000 - pesos diez mil - por pasajero.

Lugar _____ Fecha _____

Por la presente, en mi carácter de padre, madre o tutor declaro conocer todas y cada uno de las cláusulas del contrato y las condiciones particulares que componen la cobertura médica - Universal Assistance - En consecuencia, autorizo a los facultativos que eventualmente deban atender a mi hijo a que realicen las prácticas médicas y/o intervenciones quirúrgicas aconsejadas por el prestador de la cobertura médica para el eventual tratamiento ante cualquier contingencia.

PADRE, MADRE O TUTOR

MEDICO

Firma _____

Firma y Sello _____

Aclaración _____

Aclaración _____

DNI _____

Matrícula Nro. _____