

FICHA MÉDICA VIAJES EDUCATIVOS



APELLIDO Y NOMBRES:

DNI: FECHA NACIMIENTO:

DOMICILIO: LOCALIDAD:.....

COLEGIO:..... GRADO:

DESTINO: TALLE DE REMERA:.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

APELLIDO Y NOMBRES.....

TELEFONO..... CELULAR.....

ROGAMOS RESPONDER:

1. Necesita un régimen de comidas? SI NO

2. Es Vegetariano? SI NO

3. Toma algún medicamento? ¿Qué medicamento? SI NO

4. Es asmático? SI NO

5. Es diabético? SI NO

6. Es Celíaco? SI NO

7. Es alérgico? SI NO

*Si es alérgico a algún medicamento indicar cuál usa en su reemplazo:

.....

8. Grupo Sanguíneo..... RH.....

9. Explique todo lo que considere de interés médico:

.....

.....

.....

NOTA: ESTA INFORMACION ES ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL, LA NECESITAMOS PARA BRINDARLE EL MEJOR SERVICIO Y AYUDA A SU HIJO EN CASO DE QUE LO REQUIERA. AGRADECEREMOS ADEMAS QUE NOS COMENTE TODO AQUELLO QUE UD. CONSIDERE IMPORTANTE.

LA FICHA DEBE SER ENTREGADA 15 DÍAS ANTES DEL VIAJE A EXTREMO COMODORO, SIN ELLA NO SE PUEDE VIAJAR

.....
Firma Padre-Madre-Tutor

.....
Firma Médico