

FICHA MÉDICA

(Llenar con letra clara y de imprenta - anexar fotocopia de D.N.I.)

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

D.N.I./L.C./L.E. N°: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: _____

DOMICILIO:

CALLE: _____ N°: _____ TELÉFONO: _____

BARRIO: _____ LOCALIDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

OBRA SOCIAL: _____ N° DE AFILIADO: _____

ESPECIFICAR A QUÉ FAMILIAR LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE Y APELLIDO: _____ **TELÉFONO:** _____

EXAMEN CLÍNICO: (SE SOLICITA ESPECIFICAR INFORME MÉDICO EN LA LÍNEA PUNTEADA)

PESO: _____ **KG.** **TALLA:** _____ **MTS.** **TENSIÓN ARTERIAL:** _____

EXAMEN CARDIOVASCULAR:

FRECUENCIA CARDIACA: _____ **SOPLOS SI - NO** **ARRITMIAS SI - NO**

EXAMEN APARATO RESPIRATORIO: _____

EXAMEN APARATO DIGESTIVO: _____

EXAMEN APARATO GENITOURINARIO: _____

EXAMEN APARATO NEUROLÓGICO: _____

EXAMEN APARATO OSTEOARTICULAR: _____

EXAMEN APARATO OFTALMOLÓGICO: _____

EXAMEN APARATO BUCODENTAL: _____

GENERALIDADES:

ASMA BRONQUIAL: SI - NO **DIABETES:** SI - NO

CONVULSIONES: SI - NO **HEMORRAGIA NASAL:** SI - NO

DESMAYOS: SI - NO **HIPERTENSIÓN:** SI - NO

SINUSITIS: SI - NO **CIRUGÍAS:** SI - NO

¿CUÁLES? _____

ALERGIAS: **MEDICAMENTOSA:** SI - NO ¿CUÁLES? _____

ALIMENTARIA: SI - NO ¿CUÁLES? _____

INSECTOS: SI - NO ¿CUÁLES? _____

¿ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO? SI - NO ¿CUÁLES? _____

POR LA PRESENTE SE DEJA CONSTANCIA QUE EL/LA SR/SRA _____

SE ENCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR VIAJES Y SE HACE RESPONSABLE, JUNTO CON EL ABAJO

FIRMANTE, DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS SUMINISTRADOS UT SUPRA.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL MÉDICO



FECHA DE VIAJE:/...../..... ENTIDAD RESPONSABLE: TEL:
PERSONA ENCARGADA DEL GRUPO: TEL:

Nº	APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I. Nº	FECHA DE NTO.	EDAD	DOMICILIO	LOCALIDAD
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						