APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

FICHA MÉDICA

C.I.:_____Domicilio:_____

Tel.:_____ Sociedad Médica:_____

Tel.:_____ Nº de socio:_____

La Ficha Médica que Ud. se dispone a llenar lo acompañará en el viaje. Lo que Ud. responda hará más rápido y efectivo el diagnóstico y posterior tratamiento de cualquier dolencia que se manifieste durante el viaje.

Si por algún motivo Ud. desea no enviar esta ficha por su hijo y desea hablar previamente con el médico acompañante, puede concretar una entrevista telefónica o vía e-mail (los datos en el blog y al pie de la ficha).

ANTECEDENTES FAMILIARES DEL VIAJANTE.

¿Alguno de sus familiares (padres, hermanos o abuelos) presentó o presenta alguna de las siguientes enfermedades?

DIABETES MELLITUS	SI ❑	NO ❑	EPILEPSIA	SI ❑	NO ❑
ENFERMEDADES CARDÍACAS	SI ❑	NO ❑	ASMA BRONQUIAL	SI ❑	NO ❑
PRESIÓN ALTA	SI ❑	NO ❑	MUERTE REPENTINA	SI ❑	NO ❑

OTRAS ENFERMEDADES (enumere) _____

_____

ANTECEDENTES PERSONALES DEL VIAJANTE.

1 Carnet de vacunas vigente (fecha de vigencia de vacuna antitetánica) _____

2 ¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

3 ¿Es asmático o tiene broncoespasmos? _____

4 ¿Es alérgico a algún medicamento? _____ ¿A cuál? _____

5 ¿Qué medicación opcional le ha recomendado su médico? _____

6 ¿Sufre de enfermedades cardíacas? _____ ¿Qué medicación recibe?_____

7 ¿Tiene presión alta? _____ ¿Qué tratamiento recibe? _____

8 ¿Tiene Epilepsia? _____ ¿Qué tratamiento recibe? _____

9 ¿Ha tenido convulsiones con fiebre? _____

10 ¿Tiene Hipotiroidismo? _____ ¿Qué tratamiento recibe? _____

11 ¿Tiene Hipertiroidismo? _____ ¿Qué tratamiento recibe?_____

12 ¿Tiene Diabetes? _____ ¿Qué tratamiento recibe? _____

13 ¿Sigue alguna dieta especial de comidas? _____¿Cuál?_____

14 ¿Debe tomar alguna medicación durante el viaje? _____¿Cuál/es?_____

_____

15 ¿Puede comer de todo?_____

16 ¿Puede realizar actividades físicas y/O piscina durante el viaje?_____

17 ¿Conoce su grupo sanguíneo y factor Rh?_____

18 ¿Ha sido operado/a? _____

19 Médico de cabecera Dr/a:_____

20 Exponga aquello que considere de interés médico: _____

_____

_____

FIRMA: _____