

FICHA MÉDICA PERSONAL – VIAJE DE FIN DE CURSO

No podrá iniciar el viaje de fin de curso todo aquel pasajero/a que no hubiere completado su inscripción en la web www.viajefindecurso.gba.gob.ar previo a la confección del contrato de turismo estudiantil o no presente la siguiente documentación: **Documento de Identidad y Ficha médica personal** debidamente completada y firmada por su padre/madre o tutor/a y firmada y sellada por un Médico, indicando N° de Matrícula Profesional. La presente Ficha Médica también debe ser completada por los acompañantes mayores responsables del contingente y en todos los casos con letra clara y legible, en **IMPRESA y MAYÚSCULA**.

Los datos incluidos en la presente Ficha Médica serán utilizados bajo estricta confidencialidad

DATOS PERSONALES DEL PASAJERO/A (Si el/ella es mayor de edad, también es responsable por los datos volcados en la presente, rubricando con su firma los datos consignados)

Apellido y Nombre: _____ **DNI:** _____ **Fecha de Nacimiento** / /
N° Celular: _____ **Dirección:** _____ **Calle: N°** _____ **Piso:** _____ **Dto.:** _____ **Localidad:** _____
Provincia: _____ **Teléfono Particular de Casa:** _____ **Colegio:** _____

OBRA SOCIAL **PREPAGA** **SISTEMA PÚBLICO de SALUD** **N° de Afiliado:** _____ **Grupo y Factor:** _____

¿TIENE O TUVO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

DETALLE	SI	NO
COVID 19		
Contacto Estrecho con COVID 19		
Alta Médica COVID - Fecha //		
Varicela		
Sarampión		
Rubeola		
Paperas		
Tos Convulsa		
Epilepsia		
Convulsiones		
Diabetes		
Tratamiento insulina		
Asma		
Asma Severo		
Anemia		
Enfermedad Respiratoria Crónica		
Patología Gastrointestinal		

DETALLE	SI	NO
Hepatitis		
Insuficiencia Renal		
Enfermedades autoinmunes con compromiso dermatológico y/o articular		
Sangrado Nasal		
Hemofilia o trastornos de la coagulación		
Cardiopatías congénitas o adquiridas		
Hipertensión		
Trasplantes		
Enfermedades oncohematológicas		
Sinusitis		

VACUNAS	SI	NO			
Dosis COVID (Redondee)	1	2	3		
Completado de vacunación completo para la edad					
Última dosis de antitetánica. Fecha / /					

Toma medicamentos	SI	NO
Cuáles:		
Medicamentos que no se pueden administrar	SI	NO
Cuáles:		
Antecedentes de alergias graves o que requirieron internación	SI	NO
Detalle:		
DIETA	SI	NO
Celiacx		
Vegetarianx		
Veganx		
Dieta especial (Adjuntar dieta)		

La presente Ficha Médica tiene carácter de Declaración Jurada dándose como ciertos los datos consignados y deberá ser presentada a La Empresa en el momento que le sea exigida.

MÉDICO/A PERSONAL: Por la presente certifico que el/la pasajero/a está apto/a físicamente para realizar el viaje.
NOMBRE: _____ **TELÉFONO:** _____ **LUGAR:** _____ **FECHA:** / / **DE 2023**

MÉDICO/A: Matrícula, Sello y Firma:

Firma y aclaración del padre, madre o tutor/a:

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Firma y aclaración PASAJERO/A: