

# Ficha Médica

Empresa organizadora

Excursion

## Datos Personales

Nombre y Apellido

DNI Pasaporte

Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa

Nacionalidad

Dirección, Ciudad y País

Teléfono de contacto

Obra Social o Seguro medico y numero

Primer contacto de emergencia

Tel. contacto de emergencia

Segundo contacto de emergencia

Tel. contacto de emergencia

## Información médica

Si  No  ¿Ha tenido o transita el Nuevo coronavirus COVID-19

Si  No  ¿Tiene alguno de los síntomas del COVID-19?

Si  No  Dificultad visual

Si  No  Problemas auditivos

Si  No  Alergias

Si  No  Afecciones del corazón

Si  No  Epilepsia

Si  No  Asma

Si  No  Diabetes

Si  No  Hipertensión

Si  No  Problemas respiratorios

Si  No  Convulsiones

Si  No  Enfermedades de la sangre

Si  No  Hepatitis y otras enfermedades del hígado

Si  No  ¿Fuma?

Si  No  ¿Tiene alguna limitante en su actividad diaria?

Si  No  ¿Es Celiaco?

Si  No  Luxaciones

Si  No  Problemas de la columna

Si  No  Lesiones de cintura, rodillas o tobillos

Si  No  Lesiones de hombros y brazos

Si  No  Se encuentra bajo cuidado médico

Si  No  ¿Está tomando algún medicamento?

Si  No  ¿Está embarazada?

Si  No  ¿Alguna otra condición que pueda perjudicar su salud?

Tensión Arterial (Alta/Baja)

Estatura (En centímetros)

Peso (En kilos)

Fecha de su última antitetánica

¿Cómo describiría su estado general de salud?

Excelente, Muy bueno, Bueno, Regular, Malo

¿Hace algún tipo de ejercicio?

Comentarios o notas sobre cualquiera de las condiciones.

Declaro bajo juramento solemne de decir verdad que los datos personales son facilitados con carácter facultativo. Declaro conocer y comprender que es imprescindible identificar fehacientemente a su titular, para asegurar el correcto proceso de gestión de salud.

Declaro bajo juramento solemne de decir verdad que los datos vertidos en el formulario electrónico de la ficha médica, son reales y completos. Declaro conocer y comprender que la negativa a aportar los datos o la inexactitud o la incompletitud de los datos que brinde como titular podrá ocasionar graves inconvenientes en el proceso de gestión de salud.

Efectúo esta declaración a todos los efectos legales y con conciencia de las responsabilidades civiles y penales que se derivan de ella.

Firma y aclaración