

Ficha Médica Menores

Empresa organizadora

Excursion

Datos del menor

Nombre y Apellido

DNI Pasaporte

Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa

Nacionalidad

Dirección, Ciudad y País

Obra Social o Seguro medico y numero

Datos de PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Nombre y Apellido

DNI Pasaporte

Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa

Nacionalidad

Dirección, Ciudad y País

Teléfono de contacto

Información del menor

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.

Yo DNI Pasaporte N° representante legal de

..... DNI Pasaporte N° con fecha

declaro bajo juramento solemne de decir verdad que los datos vertidos en el formulario, 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.

Firma y aclaración