



FICHA PERSONAL Y MÉDICA
VIAJES DE CAMPO

Datos Personales:

Apellido y Nombre:.....
 Fecha de Nacimiento:.....
 D.N.I.:..... L.U.:..... Carrera:.....
 Domicilio:..... Tel. fijo:..... Cel:
 Encaso de enfermedad avisar a los teléfonos:
 Grupos Sanguíneo: RH:

Breve Historia Clínica:

A) Enfermedades que padece (o a las que es propenso)

1. Asma y enfermedades respiratorias (Causa):
2. HTA (Hipertensión Arterial):
3. Hipotiroidismo:.....
4. Hipertiroidismo:.....
5. Convulsiones:.....
6. Lipotimias (causas):.....
7. Diabetes/insulina dependiente:
8. Arritmias:.....
9. Lesiones musculares/articulares/óseas:.....
10. Hernia de disco/ciáticas:.....
11. Afecciones al oído:.....
12. Afecciones oculares (glaucoma cirugía):.....
13. Cardiopatías:.....

B) Vacunas recibidas:

1. Tiene el plan obligatorio completo?:.....
2. Antitetánica (fecha de colocación):.....

C) Intervenciones quirúrgicas:

1. Cirugías generales que tuvo:.....
2. Fecha estimada:.....

D) Ha manifestado alergias a:

1. Comidas (indicar):.....
2. Medicamentos (indicar):.....
3. Antibióticos (indicar):.....

E) Está tomado algún medicamento?

1. Cuál/es?:.....
2. Ocasional o regularmente?:.....

F) Sigue algún tratamiento?:

G) Está en tratamiento psicológico o psiquiátrico?:.....

H) Puede comer de todo, en caso contrario indicar qué NO puede comer?.....

I) Embarazo Menstrua regular y normalmente

Obligatorio para Viajes a lugares de más de 2800 m s.n.m.

1. Examen médico cardiovascular y 2. Electrocardiograma

Declaro que los datos que proporciono en el presente cuestionario, son verídicos

Fecha:

Firma y Aclaración:.....

