



**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: .....

