



Sr./Sra. pasajero/a: Por favor, solicitamos completar el presente formulario en imprenta mayúscula legible.

FICHA MÉDICA

SALIDA GRUPAL: _____ FECHA DE SALIDA: _____
AGENCIA: _____

DATOS DEL PASAJERO

APELLIDO: _____
NOMBRE: _____
DNI: _____
FECHA DE NACIMIENTO:/...../.....
DIRECCION: _____
TELEFONO FIJO: _____ CELULAR: _____
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR: _____
OBRA SOCIAL Y N° DE AFILIADO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA EN DESTINO, CONTACTAR POR FAVOR A:

TELEFONO FIJO: _____ CELULAR: _____
VÍNCULO CON EL PASAJERO: _____

EN CASO DE POSEER MEDICO DE CABECERA POR FAVOR:

NOMBRE Y APELLIDO: _____
TELEFONO DE CONTACTO: _____

ENFERMEDADES PADECIDAS O A LAS QUE ES PROPENSO

	SI	NO	PROPENSO		SI	NO	PROPENSO
TOS CONVULSA	☐	☐	☐	AFECCIONES A LA NARÍZ	☐	☐	☐
EPILEPSIA	☐	☐	☐	CONVULSIONES	☐	☐	☐
ASMA	☐	☐	☐	DESMAYOS	☐	☐	☐
BRONQUÍTIS	☐	☐	☐	EPOC	☐	☐	☐
AFECCIONES PULMONARES	☐	☐	☐	ENFERMEDAD CELIACA	☐	☐	☐
AFECCIONES CARDIOVASCULARES	☐	☐	☐	GASTRITIS	☐	☐	☐
AFECCIONES RENALES	☐	☐	☐	HIPERTENSION ARTERIAL	☐	☐	☐
AFECCIONES NEUROLÓGICAS	☐	☐	☐	TIROIDES	☐	☐	☐
AFECCIONES PSIQUIÁTRICAS	☐	☐	☐	DIABETES	☐	☐	☐
AFECCIONES A LOS OÍDOS	☐	☐	☐	(EN CASO AFIRMATIVO INDICAR TRATAMIENTO)			
AFECCIONES A LOS OJOS	☐	☐	☐	ACV	☐	☐	☐

ES FUMADOR?

SI NO

POSEE OTRAS ENFERMEDADES?

(por favor dar una breve descripción y tratamiento que utiliza)

SI NO

USTED FUE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE?

por favor especificar

SI NO

FICHA MÉDICA



PRESENTA PROBLEMAS DE MOVILIDAD? UTILIZA BASTÓN, SILLAS DE RUEDAS O MULETAS?
por favor especificar

SI NO

TIENE ALGUNA RESTRICCIÓN SOBRE LOS ALIMENTOS?
por favor especificar

SI NO

VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS

	SI	NO
FIEBRE AMARILLA	☐	☐
OTRAS	☐	☐

ES ALÉRGICO?

por favor especificar

SI NO

ACTUALMENTE, ESTA EN TRATAMIENTO CON ALGÚN MEDICAMENTO?

Por favor indicar el nombre de la droga genérica

SI NO

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO O TIENE CONTRAINDICADA ALGUNA DROGA?

por favor especificar

SI NO

COVID-19

¿Estuvo de viaje en el exterior en los últimos 14 días?

SI NO

En caso de ser positivo indique que países visitó

¿Estuvo en contacto con personas que presentaron síntomas o tuvieron COVID-19 positivo en los últimos 14 días?

SI NO

¿Usted presenta actualmente alguno de los siguientes síntomas?

- ☐ TOS
- ☐ FIEBRE SUPERIOR A 37.5
- ☐ DOLOR DE GARGANTA
- ☐ MALESTAR Y CANSANCIO
- ☐ PROBLEMAS PARA RESPIRATORIO
- ☐ PERDIDA DE OLFATO/GUSTO

¿Usted tuvo COVID-19?

SI NO

¿Cuándo recibió el alta médica?(Adjuntar certificado)

En caso de que el alta sea mayor a 90 días no es necesario adjuntar certificado de alta médica.

FICHA MÉDICA



Pauta de vacunación COVID-19

1° DOSIS SI – NO VACUNA: _____

2° DOSIS SI – NO VACUNA: _____

3° DOSIS SI – NO VACUNA: _____

4° DOSIS SI – NO VACUNA: _____

FECHA DE ULTIMA DOSIS APLICADA: _____

ADJUNTAR CERTIFICADO RESPALDATORIO

El siguiente espacio es para que Ud. consigne cualquier información que considere importante y necesaria para el conocimiento de los profesionales en caso de necesitarlo

El siguiente espacio para completar por el médico que realiza la firma de la planilla, el mismo debe ser utilizado si el médico NO recomienda realizar el viaje, dando un detalle y adjuntando un certificado.

.....
Firma del pasajero

.....
Firma del médico

En pasajeros mayores de 70 años, la ficha debe ser firmada por un profesional y la misma debe estar sellada, por otro lado se debe adjuntar un certificado dentro de los 30 días previos a la salida donde indique que el pasajero goza de buena salud para viajar. Este certificado será indispensable para poder realizar el viaje.

Fecha:/...../.....

Recomendamos tener presentes las siguientes apreciaciones para la utilización de los servicios de asistencia al viajero:

- Los servicios de asistencia al viajero sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio del viaje. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias preexistentes, crónicas o no, conocidas o no por el titular, así como sus consecuencias y agudizaciones, aún cuando las mismas aparezcan por primera vez en el viaje. En estos casos, la empresa prestadora de servicios de asistencia al viajero solo reconocerá, si a su exclusivo criterio correspondiese, la primera consulta clínica por la que determine la preexistencia de la enfermedad.
- También está expresamente excluido el tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencional o administración de tóxicos(drogas), narcóticos o la utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
- Los servicios de asistencia al viajero tendrán validez exclusivamente durante la vigencia indicada en la tarjeta, y se regirán por las condiciones generales del servicio contratado.
- La asistencia al viajero con cobertura internacional, no tiene validez dentro del territorio Argentino. La misma aplica en territorio extranjero y declarado en el viaje. En el caso de los viajes nacionales, la cobertura se limita a la cobertura dentro de Argentina.

Esta información es absolutamente confidencial, es necesesaria y obligatoria para poder brindar un mejor servicio, en caso de que lo requiera.

Según mi leal consentimiento, declaro veridicos todos los datos que he proporcionado en este formulario.