vivencias TRAVEL

FICHA MEDICA. -

La presente ficha médica se tendrá en cuenta para la atención integral del pasajero, por lo cual, le rogamos que la información otorgada sea lo más completa y precisa de tal manera que podamos brindar un servicio de calidad, confiable y seguro.

Nuestros coordinadores son los encargados de portar esta ficha médica durante todo el viaje, cada vez que el pasajero tenga una atención médica, el profesional tratante será el único que tendrá acceso a ella. Por tal razón debe ser completada con datos exactos y verdaderos. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

DATOS DEL PASAJERO:

NOMBRE COMPLETO: ……

SEXO: FEMENINO……MASCULINO……FECHA DE NACIMIENTO…….

GRUPO Y FACTOR SANGUINEO: ……

TIPO DE DOCUMENTO:

……NUMERO DE DOCUMENTO…….

DOMICILIO: …….

CIUDAD: ……REGION……. FONO: …….

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

NOMBRE COMPLETO: ……

TELEFONO FIJO: …… CELULAR: ……

MAIL: …….

RELACION CON EL TITULAR: ……

VIVENCIAS TRAVEL SPA

vivencias TRAVEL

MEDICAMENTOS

¿ESTA EN TRATAMIENTO CON ALGUN MEDICAMENTO?

SI (*) ……	**NO……**

(*) EN CASO DE SER AFIRMATIVO, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION:
A) ¿POR QUÉ ENFERMEDAD LO TOMA?……
……
……
B) ¿Qué MEDICAMENTO DEBE SUMINISTRARSE? COMPLETE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO YLA DOSIS:
1.- MEDICAMENTO: ……
DOSIS: ……
2.- MEDICAMENTO: ……
DOSIS: ……

IMPORTANTE

SI EL ALUMNO ESTÁ CON MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS (ESTRELLA VERDE), RECUERDE QUE PARA PODER LLEVARLOS EN VIAJE Y NO LOS RETENGAN EN ADUANA, DEBEN IR CON RECETA MÉDICA

RECUERDE LLEVAR LA CANTIDAD DE MEDICAMENTO NECESARIO PARA EL VIAJE.SI EL MEDICAMENTO NECESITA REFRIGERACION RECUERDASELO AL COORDINADOR DEL GRUPO ANTES DE EMPEZAR EL VIAJE

(C) PARA BRINDARTE EL MEJOR CUIDADO POSIBLE. CUENTAS CON ALGUNA CONDICIÓN QUE REQUIERAS ASISTENCIA ESPECIAL? COMO POR EJEMPLO: TEA, DEPRESIÓN, ETC.

SI (*) ……	**NO……**

(D) SI TU RESPUESTA ES SÍ, CUENTA CON AUTORIZACIÓN DE TU MÉDICO DE CABECERA PARA ÉSTA EXPERIENCIA?

SI (*) ……	**NO……**

(SI LA RESPUESTA ES SÍ, DÍAS ANTES DE COMENZAR LA GIRA, NOS TIENEN QUE HACER LLEGAR EL DOCUMENTO DEL MÉDICO QUE AUTORICE QUE EL PACIENTE PUEDE SALIR A GIRA SIN NINGÚN INCONVENIENTE)

VIVENCIAS TRAVEL SPA

ALIMENTACION:

¿TIENE ALGUNA RESTRICCION SOBRE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE INGERIR?.....
.....
.....

EL SIGUIENTE ESPACIO, ES PARA QUE USTED CONSIGNE CUALQUIER INFORMACION QUE USTED CONSIDERE NECESARIA PARA CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES QUE EN CASO DE NECESITARLO ,ATENDERÁN AL TITULAR DE LA PRESENTE:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTORIZACION:

TOMÉ CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA, ASISTENCIA MÉDICA Y ACTIVIDADES DEL PAQUETE TURÍSTICO CONTRATADO,QUE FORMA PARTE DEL CONTRATO SUSCRITO, AUTORIZANDO A MI HIJO A REALIZAR CADA UNA DE ELLAS.

NOMBRE DEL APODERADO :

RUT:

VIVENCIAS TRAVEL SPA