

La presente Ficha Médica será tenida en cuenta para la atención integral del titular, por lo cual le rogamos que la Información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible, para que nuestros profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad y tienen carácter de declaración jurada.

DATOS DEL PASAJERO

Apellido y Nombre: Edad:

DNI: F. de Nacimiento:/...../.....

Domicilio: Localidad:

Teléfono: Celular:

Ante una necesidad, señale si tiene, distintos números telefónicos: Ejemplo: Trabajo del Padre/Madre.

Vecinos, Familiar, otros):

Colegio: Curso:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH:

(Si este dato es desconocido, no completar)

Antecedentes Alérgicos:

ALÉRGICO: ☐ SI ☐ NO ¿A QUE?

Antecedentes enfermedades: (Escriba lo que corresponda: SI o NO)

☐ Rubeola ☐ Anginas ☐ Asma ☐ Sarampión ☐ Bronquitis
☐ Varicela ☐ Poliomelitis ☐ Diabetes ☐ Convulsiones ☐ Hepatitis
☐ Otitis ☐ Inf. Urinarias ☐ Epilepsia ☐ Epistaxis ☐

Antecedentes Operatorios: (Escriba lo que corresponda: SI o NO)

☐ Amigdalas Fecha:...../...../..... ☐ Apendicitis Fecha:...../...../.....
☐ Hernias Fecha:...../...../..... ☐ Otras:..... Fecha:...../...../.....

Antecedentes Vacunación: (Escriba lo que corresponda: SI o NO y fecha de vacunación)

☐ Antitetanica o Triple Fecha:...../...../..... ☐ Antisarampionosa Fecha:...../...../.....

SI ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA AFECCIÓN MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:
 (Deberá acompañar a esta ficha el alta Médico que trate la afección, autorizándolo a viajar)

Diagnostico:

Medicamentos: Dosis:

LLEVAR LOS MEDICAMENTOS PARA SU TRATAMIENTO.

OTROS ANTECEDENTES:

☐ Transplante ☐ Marca pasos ☐ Dietas especiales

IMPORTANTE: Señores Padres o Tutores: Por favor complete esta Ficha a conciencia y todo lo que consideren importante informarlo a dorso o adjunto a la presente. No peque por falta de información y recuerde que ésta es confidencial.

Lugar:

Padre, Madre o Tutor

Firma:

Médico

Firma y Sello:

Es importante leer y firmar esta parte de la ficha médica, ya que para el ascenso del pasajero al ómnibus es obligatoria la entrega de la presente. **Firmada por el médico más padre o tutor.**

Queda totalmente prohibido el ascenso del pasajero al ómnibus con: pinturas en aerosol, elementos cortantes, pirotecnia, bebidas alcohólicas, armas blancas etc. De encontrarse algún pasajero en situaciones antes mencionadas en el momento del embarque, la empresa no realizará el embarque del pasajero ni le hará a éste el reembolso alguno.

CLAUSULA DE CONDUCTA Y PERMANENCIA:

La empresa se reserva el derecho de hacer que cualquiera de los pasajeros o acompañantes, abandone el tour en cualquier punto del mismo, cuya presencia pueda malograr el éxito de la excursión, se entiende como motivo: uso de drogas, mal modo de obrar, problemas de conducta o razones de salud. La Empresa notificará a los padres antes de tomar la decisión de hacer que un pasajero abandone el tour y lo hará regresar a su hogar acompañado por personal de la Empresa y por el medio más adecuado. La empresa no se hará responsable de los daños que sufra el pasajero u ocasione a terceros por uso indebido de alcohol, drogas o por mal modo de obrar.

Se les solicita a los Sres. Padres que el frente de la presente ficha sea, confeccionado a conciencia, con datos reales y precisos, esta ficha hace también de declaración jurada de sus contenidos. Al firmar el presente autorizan la acción del personal médico en la toma de decisiones de urgencias o emergencias.

.....
Firma del padre, madre o tutor

.....
Aclaración

.....
DNI

Mediante la presente declaro conocer el contrato firmado con la empresa, donde los seguros y asistencia médica son:

Póliza de Acc. Personales: Suma asegurada por pasajero: \$21.000.000

Asistencia Médica: \$5.250.000 por muerte accidental e invalidez, y \$700.000 en asistencia médica.

Asistencia Farmacéutica: \$1.575.000

Póliza de Responsabilidad Civil: Suma asegurada: \$73.500.000

Asistencia al Viajero: Cobertura máxima: \$5.000.000 por asistencia médica y farmacéutica.

Incluye: consultas médicas, atención por especialistas, exámenes médicos complementarios, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, traslados sanitarios, terapia intensiva, unidad coronaria y rondas diarias médicas.

SUGERENCIAS A TENER EN CUENTA

- Para subir al micro deberá presentar: Chequera o recibo de pago total, fotocopia del D.N.I y ficha de antecedentes Médicos debidamente cumplimentada. Los adultos deberán llevar Documento de Identidad.

- Indumentaria: Como regla general, llevar solo lo necesario (ser práctico).
- Identificar el bolso o equipaje claramente con Apellido y Nombre, Colegio y Ciudad.
- No llevar objetos de valor de ninguna naturaleza, cámaras fotográficas, filmadoras, etc.
- La Empresa no se hace responsable de roturas, pérdidas y/o robo de teléfonos celulares.
- Con respecto al dinero, podrá utilizar la caja de seguridad del hotel sin cargo y retirar a medida que precisen.
- Recuerde que cada pasajero deberá abonar un deposito de Hotel, en garantía, el cual es totalmente reintegrable el último día, salvo daños ocasionados en las instalaciones.
- Por último aconsejamos, preparar el bolso conjuntamente con el alumno para saber bien lo que lleva y si es necesario pueden o no identificar las prendas.

Casa Central: Balcarce 170 | Tel: (3329) 423446 / 420000 | San Pedro - Bs. As. - (2930)

Chacabuco: Falucho 177 PB | Tel: (2352) 426621 Cel: 2352 555748 | Bs. As. (6740)

Chivilcoy: Necochea 61 | Tel: (2346) 421033 | Cel: (2352) 555775 | Bs. As. (6620)

Colegio:..... Localidad:.....

Fecha de salida:/...../..... Hora de presentación:.....Lugar:.....

Regreso día:..... a las

Seguros y Asistencia Médica - Establecidos por la Ley N° 25.599, modificada por ley N° 26.208, reglamentado por Res.: 23/2014



assistravel



Póliza de Acc. Personales

Federación Patronal Seguros SA, Av. 51 Nro. 770. Suma asegurada por pasajero: \$21.000.000

Asistencia Médica

Federación Patronal Seguros S.A. con domicilio en La Plata, Av. 51 N° 770. Por \$5.250.000 muerte accidental e invalidez, y \$700.000 en asistencia médica.

Asistencia Farmacéutica

Federación Patronal Seguros SA, Av. 51 Nro. 770. Por \$1.575.000-

Póliza de Resp. Civil

Federación Patronal Seguros SA, Av. 51 Nro. 770. Suma asegurada: \$ 73.500.000.-

Asistencia al Viajero

Red Integrada de Salud Hospital Italiano / AssisTravel (WorlyBaires S.A.) Asistencia Médica / Farmacéutica hasta \$5.000.000. Consultas médicas, atención por especialistas, exámenes médicos complementarios, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, traslados sanitarios, terapia intensiva, unidad coronaria y rondas diarias médicas.