


DATOS FILIATORIOS DEL PASAJERO / PASSENGER IDENTIFICATION

Nombre y Apellido / Full Legal Name: _____

Fecha de Nac. / Date of birth: _____ Edad / Age: _____ Sexo / Gender: _____ Nº Pasaporte / Passport Number: _____

Grupo Sanguíneo / Blood Group: _____ Factor / Type Blood: _____ Altura / Height: _____ Peso / Weight: _____  **Talle / Size:** (S) (M) (L) (XL) (XXL)

Padre o Tutor / Parents - Legal Guardians

Nombre del Padre / Father's Name: _____

Dirección / Address: _____ Localidad / City: _____ Provincia / State: _____

Tel. Part. / Phone phone: (_____) _____ Tel. Laboral / Work: (_____) _____ Celular / Cell: (_____) _____

Nombre de la Madre / Mother's Name: _____

Dirección / Address: _____ Localidad / City: _____ Provincia / State: _____

Tel. Part. / Phone phone: (_____) _____ Tel. Laboral / Work: (_____) _____ Celular / Cell: (_____) _____

HISTORIA CLINICA / MEDICAL HISTORY (Marque la respuesta correcta / Check the correct answer)

Enfermedades padecidas
Illness suffered

Sarampión / Measles	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hepatitis / Hepatitis	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Paperas / Mumps	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Poliomielitis / Poliomyelitis	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tos convulsa / Whooping Cough	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Varicela / Chickenpox	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Escarlatina / Scarlet Fever	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5ta Eruptiva / Spotted Fever	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Rubeola / Rubella	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia / Epilepsy	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sinusitis / Sinusitis	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras / Others:	_____	

Vacunas o sueros recibidos. / Vaccines.

Antitetánica / Anti-tetanus	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antidiftérica / Diphtheria	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antivariólica / Smallpox	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antipoliomielítica / Polio	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antituberculosa / Anti-tuberculosis	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antiofídica / Antiophidic	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antitífica / Typhoid	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Antecedentes familiares. / Family medical history.

Diabetes / Diabetes	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anemia / Anemia	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia / Epilepsya	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tuberculosis / Tuberculosis	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enferm. del corazón / Heart disease	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Muerte repentina / Sudden Death	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presión alta / High Blood Pressure	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enferm. del riñón / Kidney Disease	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Enfermedades que padece o a la que es propenso
Illnesses they have or are prone to have

Asma / Asthma	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bronquitis / Bronchitis	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Resfrío / Cold	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones del oído / Ear Disorders	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones de la nariz / Nose Disorders	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Convulsiones / Convulsions	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sonambulismo / Somnambulism	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Desmayos / Fainting	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Constipación / Constipation	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HIV / VIH	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras / Others:	_____	

Intervenciones quirúrgicas / Surgeries

Apendicitis / Apendicitis	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Amigdalitis / Tonsillitis	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hernia / Hernia	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras / Others:	_____	

Alergias / Allergies

Comidas / Food	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Medicamentos / Medication	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antibióticos / Antibiotic	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Picaduras de insectos / Insect sting	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Polvo, polen / Dust, pollen	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Plumas / Feather	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Antecedentes traumatológicos / Orthopedic History

Esguinces / Sprain	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fracturas / Fracture	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros / Others:	_____	

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? (Nombre de la droga genérica y componentes %)
Are you currently taking any medication? Which one? (Specify generic drug and its components %)

¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál? / Under medical treatment? (specify)

Recuerde calcular la cantidad de medicamentos que debe llevar en viaje, según la cantidad de días de viaje y la dosis.
Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdese al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.
Remember to calculate the correct dosage of medications that your child should carry for the whole journey.
If the medication needs refrigeration, please inform this to the supervisor before starting the journey.

¿Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir? ¿Cuáles? / Is there any food that your child can not eat? Wich one?

Indique si se encuentra actualmente bajo algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico. ¿Cuál?
Specify if you are under psychological or psychiatric treatment. Which one?

YES NO

¿Con qué medicación? ¿Dosis? / Any medication? Dose?

SEGÚN MI LEAL CONSENTIMIENTO, DECLARO VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO.
I DECLARE THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE THE INFORMATION PROVIDED BY ME ARE CORRECT AND COMPLETE.

Firma y sello de médico

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTOR LEGAL (S) AUTHORIZATION AND CONSENT OF PARENT(S) OR LEGAL GUARDIAN(S)

Por la presente juro solemnemente que tengo la custodia legal del hijo menor de edad mencionado. Doy mi autorización y consentimiento a proveer tratamiento general de primeros auxilios para lesiones menores o enfermedades experimentadas por el menor. Si la lesión o enfermedad fuese potencialmente mortal o en caso que necesitase tratamiento de emergencia, autorizo al coordinador para convocar a todo el personal profesional de emergencia para asistir, transportar y tratar al paciente y dar el consentimiento para cualquier examen de rayos-X, anestesia, transfusión de sangre, medicación, u otro diagnóstico médico, tratamiento, o atención hospitalaria considerada necesaria, asimismo para recibir asistencia bajo la supervisión general de un médico matriculado, cirujano, dentista, personal de hospital u otra institución médica o profesional debidamente matriculada para poder ejercer en el país en el que dicho tratamiento se va a llevar a cabo. La misma se extiende para brindar autoridad y poder por parte del coordinador en el ejercicio de su mejor juicio sobre el consejo de ese personal médico o de emergencia.

I do hereby solemnly swear that I have legal custody of the aforementioned minor child. I grant my authorization and consent to administer general first aid treatment for any minor injuries or illnesses experienced by the minor. If the injury or illness is life threatening or in need of emergency treatment, I authorize the Supervision Adult to summon any and all professional emergency personnel to attend, transport, and treat the participant and to issue consent for any X-ray, anesthetic, blood transfusion, medication, or other medical diagnosis, treatment, or hospital care deemed advisable by, and to be rendered under the general supervision of, any licensed physician, surgeon, dentist, hospital or other medical professional or institution duly licensed to practice in the state in which such treatment is to occur. The present authorization is given to provide authority and power on the part of the Supervision Adult in the exercise of his or her best judgment upon the advice of any such medical or emergency personnel.

FIRMAS CERTIFICADAS

Firma del Padre o tutor / Father's signature: _____

Firma de la Madre o tutor / Mother's signature: _____

Aclaración / Printed Name: _____

Aclaración / Printed Name: _____

DNI / ID Number: _____

DNI / ID Number: _____

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

- Los servicios de asistencia al viajero sólo registrarán 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 por 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 registrarán por las condiciones generales del servicio contratado.

