

**FICHA MÉDICA**

La presente Ficha Médica deberá ser completada por los Padres y/o Tutores de la menor. Los datos incluidos en la Ficha Médica tendrán carácter de Declaración Jurada. Por favor, no omita ningún dato ni limiten ningún concepto.

EXCLUSIÓN DE DOLENCIAS PREEXISTENTES Y DOLENCIAS CRÓNICAS. A menos que la póliza de seguro médico de la Viajera indique lo contrario, quedan expresamente excluidos de los servicios asistenciales todas las dolencias crónicas o preexistentes o congénitas o recurrentes, conocidas o no por el titular de dicha póliza, como también sus consecuencias y agudizaciones, aún cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el Programa. En caso de dolencias preexistentes o crónicas por favor solicite a la Agencia cotizar una póliza de seguro médico adecuada a la condición de la Viajera.

**DATOS PERSONALES DE LA VIAJERA**

NOMBRE: ..... (la "Viajera") DNI: .....

EDAD: ..... ALTURA: ..... PESO: .....

CONTACTO DE EMERGENCIA: ..... PARENTESCO: .....

TEL. PARTICULAR: ..... TEL. CELULAR: .....

**1. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES**

¿TIENE O TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? MARQUE CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA:

Varicela	SI - NO	Oncológicas:	SI - NO
Sarampión	SI - NO	Trastornos Psicológicos/Psiquiátricos	SI - NO
Rubeola	SI - NO	Derrame Pleural	SI - NO
Hepatitis	SI - NO	Tuberculosis	SI - NO
Paperas	SI - NO	Enfermedades del riñón	SI - NO
Asma	SI - NO	Problemas estomacales	SI - NO
Diabetes	SI - NO	Problemas intestinales	SI - NO
Bronquitis	SI - NO	Trastornos hepáticos	SI - NO
Hipertensión Arterial	SI - NO	Arritmia	SI - NO
Epilepsia	SI - NO	Problemas de piel	SI - NO
Neurológicas	SI - NO	Hernias	SI - NO
Cardiopatías	SI - NO	Otitis	SI - NO
Neumonía	SI - NO	Tos convulsa	SI - NO
Ortopédicas:	SI - NO	Alergias	SI - NO
Trastornos alimentarios:	SI - NO	Quirúrgicos	SI - NO

OTRAS: ¿CUÁLES? ESPECIFICAR

.....

INDIQUE SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO MEDICO.

SI / NO ¿CUAL?.....  
 CON QUE MEDICACION? .....DOSIS:.....

INDIQUE SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO / PSIQUIATRICO.

SI / NO ¿CUAL?.....  
 CON QUE MEDICACION?.....DOSIS:.....

TRATAMIENTOS Y MEDICACIÓN: En el caso que la Viajera se encuentre realizando algún tipo de tratamiento médico o tomando alguna medicación, la Viajera será responsable de cumplir con el mismo y/o de tomar dicha medicación. La Agencia no se responsabiliza ni podrá suministrar medicamentos y/o brindar ningún tipo de cuidado especial y/o supervisar que la Viajera cumpla con el/los mismos.

**FIRENZE VIAJES S.A.**

(la "Agencia")

**FUNTIME**

**PROGRAMA**

(el "Programa")

**2. ANTECEDENTES CLÍNICOS**

MARQUE CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA Y EN CASO DE RESPONDER AFIRMATIVAMENTE ESPECIFIQUE.

¿HA SUFRIDO FRACTURAS?      SI - NO      ¿Cuáles? .....

¿SUFRE ALGUN TIPO DE ALERGIAS?      SI - NO      Fármacos, bebidas, alimentos u otros. Especifique cuidados y tratamiento.  
.....  
.....

CONSIGNE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN DE IMPORTANCIA EN SU HISTORIA CLÍNICA:

.....  
.....

**3. INMUNIZACIÓN. VACUNAS**

¿TIENE SU ESQUEMA COMPLETO?      SI - NO  
SI FALTA ALGUNA INDIQUE CUAL.....  
INDIQUE FECHA DE APLICACION DE LA ÚLTIMA VACUNA ANTITETANICA: .....

**4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

SI EXISTIERA ALGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE IMPORTANCIA PARA LA SALUD DE LA MENOR, POR FAVOR INFORMAR SOBRE LA MISMA.  
.....

El Programa a realizar requerirá de actividad física, caminatas y otros esfuerzos físicos y/o mentales. Por favor indique todas las limitaciones físicas o mentales y restricciones de las cuales usted está en conocimiento: .....

**APELLIDO, NOMBRE Y TELEFONO DEL MEDICO PERSONAL:**

.....

Por lo tanto, declaro que la Viajera se encuentra en condiciones físicas y mentales adecuadas para participar del Programa. Asimismo, comprendo que para la seguridad de las participantes que sufran alguna condición que limite su movilidad y/o audición y/o visión y/o cognición la Agencia podrá exigir la presencia de un acompañante mayor de edad durante el Programa cuyo costo deberá ser soportado por esta parte contratante. Finalmente, autorizo a que la Viajera reciba la atención médica que sea necesaria en caso de accidentes y/o enfermedad durante la realización del Programa

Tomo conocimiento de la importancia de entregar la información solicitada, y doy fe que se suscribe la información fidedigna correspondiente a La Viajera y no se ha omitido ningún dato.

En Buenos Aires, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Firma de ambos padres:**

Firma y nombre completo del padre en mayúsculas:

Firma y nombre completo de la madre en mayúsculas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**En caso de que sólo firme un padre se debe a que:** Tengo la custodia legal del menor./ Soy padre/madre soltero/a/ Soy el único progenitor superviviente del menor:

Otros (explicar) .....

**FIRENZE VIAJES S.A.**

(la "Agencia")

**FUNTIME**

**PROGRAMA**

(el "Programa")

**AUTORIZACIÓN MÉDICA**

(A ser completada, firmada y sellada por médico matriculado)

NOMBRE: ..... (la "Viajera") DNI: .....

La Agencia cumple en informar al Médico de la Viajera las principales características del Programa que pueden influir en su estado de salud psíquico y físico y que han de ser tenidas en cuenta por parte del profesional médico interviniente, a saber:

- Viaje en avión y traslados en ómnibus de más de 8 horas.
- Habitación compartida (dobles, triples o cuádruples para descanso)
- Esperas en aeropuertos.
- Largas caminatas.
- Acceso a atracciones en las cuales se permanece de pie.
- Ingreso y participación en juegos con grandes descargas de adrenalina, cambios bruscos de dirección, alto impacto, caída libre, aceleración y giros repentinos, velocidad extrema y con fuerzas que desafían la ley de gravedad.
- Régimen irregular de horarios de comida y descanso.
- Actividades con control grupal (no individual).
- Interacción permanente con otras viajeras, poco espacio individual
- Alimentación abundante en lípidos e hidratos de carbono (característica de los Estados Unidos).

Asimismo, la Viajera puede estar sometida constantemente a estímulos de todo tipo, luminosos, auditivos, cambios bruscos de temperatura, calor, humedad, horarios, (todo lo que implica un viaje a los parques de diversión de Florida, EEUU)

Declaro que la Srta. .... DNI ..... de..... años de edad está en condiciones de realizar el viaje de quinceañeras llamado "**FUNTIME**", con destino Miami- Orlando, Florida, Estados Unidos de América, organizado por Firenze Viajes S.A. por considerar es apta para este tipo de experiencia grupal y que la menor no necesita de cuidados personales y/o especiales, ni de una dieta particular y puede realizar todas las actividades propuestas en el Programa, ni representa un peligro para sí o terceras personas. Entiendo que el seguro médico no cubrirá gasto alguno derivado de enfermedad crónica ni preexistente por lo que no tendrá cobertura médica en los Estados Unidos de América relacionada con esta enfermedad o dolencia.

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Matrícula Profesional: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_