

FIRENZE VIAJES S.A.

FUNTIME

PROGRAMA

(la "Agencia")

(el "Programa")

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 a la Agencia una póliza de seguro médico adecuada a la condición de la Viajera.

DATOS PERSONALES DE LA VIAJERA

NOMBRE: (la "Viajera") DNI:

EDAD: ALTURA: PESO:

NOMBRE CONTACTO DE EMERGENCIA: PARENTESCO:

TEL. PARTICULAR: TEL. CELULAR:

1- A- 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 y firmada por médico matriculado)

NOMBRE: (la "Viajera") DNI:

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

- Viaje en avión.
- Esperas en aeropuertos.
- Largas caminatas.
- Acceso a atracciones en las cuales se permanece de pie.
- Ingreso a juegos con grandes descargas de adrenalina, cambios bruscos de dirección y con fuerzas que desafían la ley de gravedad
- Régimen irregular de horarios de comida y descanso.
- Actividades con control grupal (no 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, USA).

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, USA, organizado por Firenze Viajes S.A. por considerar que su estado de salud es apto para este tipo de experiencia grupal-luego de haber tenido acceso a sus antecedentes médicos y su historia clínica - 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.

Firma: _____

Nombre del Médico:

Matrícula Profesional.

Teléfono:

Fecha: