

TURISMO SOCIAL DE QUINCEAÑERAS

Ficha médica de la postulante

Información personal

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Cédula de Identidad: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Domicilio Personal _____ Teléfonos: _____

Domicilio laboral: _____ Teléfonos: _____

Si la persona nombrada arriba no está disponible, en caso de emergencia notificar a:

1) Nombre: _____ Relación: _____ Teléfonos: _____

2) Nombre: _____ Relación: _____ Teléfonos: _____

Asistencia médica:

Sociedad, Mutualista u Hospital: _____

Socio No: _____

Servicio de emergencia: _____

Socio No: _____

Carné de Vacunas vence en : ___/___/___ Antitetánica vence : ___/___/___

Otras: _____ Vence: ___/___/___

_____ Vence: ___/___/___

_____ Vence: ___/___/___

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico o tomando medicamentos? SI " NO "

¿Ha tenido alguna cirugía, enfermedad o cambio en su estado de salud desde el último examen médico?

SI " NO "

Explique: _____

Tiene enfermedades (o historia) de: Es alérgico a: _____

Diabetes SI " NO " Sigue el siguiente tratamiento:

Afecciones crónicas:

Discapacidades: Indicar si la postulante presenta discapacidad (física o intelectual) y sus características, a fin de determinar si puede disfrutar del viaje previsto o se requerirán condiciones de accesibilidad especiales.

