



CHASQUI AVENTURA

Una aventura para siempre



FICHA MÉDICA PERSONAL

Expediciones y Actividades de Montaña

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido:

DNI / Pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Profesión:

Teléfono:

Dirección:

Localidad:

Provincia:

País:

E-mail:

Profesión:

Obra Social / Seguro:

Nº de afiliado:

Asistencia al Viajero (Sugerida / Obligaría si no cuentan con Obra Social):

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y vínculo:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

INFORMACIÓN MÉDICA

Grupo sanguíneo y factor RH:

Altura en cm:

Peso kg:

Tensión Arterial:

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes condiciones? Marque con una X

- | | |
|---|---|
| ☐ Hipertensión | ☐ Hipotensión |
| ☐ Diabetes | ☐ Epilepsia/convulsiones |
| ☐ Enfermedades cardíacas | ☐ Problemas respiratorios |
| ☐ Lesiones articulares o columna | ☐ Cirugías importantes |
| ☐ Ansiedad o pánico | ☐ Esguinces, quebraduras, enfermedades |
| ☐ Anemia | ☐ Dislipemias |
| ☐ EPOC | ☐ Sonambulismo |
| ☐ Asma | ☐ Vértigos Desmayos |
| ☐ Otras | |

Detalle:

Es fumador/a habitual? ☐ No ☐ Sí Detalle:

Ronca? ☐ No ☐ Sí Detalle:

¿Algún familiar directo a sufrido muerte súbita? ☐ No ☐ Sí Detalle:

¿Algún familiar directo a sufrido infarto? ☐ No ☐ Sí Detalle:

ALERGIAS: ☐ No ☐ Sí Detalle:

TUVO COVID 19: ☐ No ☐ Sí Vacunas? ☐ No ☐ Sí Cuantas?

Secuelas: ☐ No ☐ Sí Detalle:

MEDICACIÓN ACTUAL ☐ No ☐ Sí Detalle:

EXPERIENCIA EN ALTURA ☐ Sí ☐ No

¿Ha sufrido apunamiento o mal agudo de montaña? ☐ Sí ☐ No

Detalle:

RESTRICCIONES ALIMENTARIAS ☐ No ☐ Sí

Detalle:

ANTECEDENTES MÉDICOS

Deberá enviarnos una foto de esta planilla completada por usted. Luego enviar por whatsapp un certificado de Buena Salud realizado por un médico, y deberá entregar los originales personalmente en la salida. Recomendamos realizar esta consulta con su médico de cabecera a los fines de informarle las características de la actividad a desarrollar, siendo su médico la persona indicada en evaluar su salud y quien pedirá estudios médicos en caso de corresponder.

DECLARACIÓN

Declaro que la información brindada es verdadera y completa, y autorizo su utilización únicamente con fines preventivos y de asistencia médica durante la expedición.

Lugar y fecha:

Firma:

Aclaración: