

# FICHA MEDICA Y AUTORIZACION

www.lakettravelcompany.com.ar



**COLEGIO:**  **CONTRATO N°:**

La presente ficha medica será tenida en cuenta para la atención integral del titular, por lo cual, le rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible, para que nuestros profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia, Para que esto se cumpla, además es importante que la presente se complete con letra clara, si es posible, de imprenta mayúscula.

## DATOS DEL PASAJERO

**NOMBRES:**.....  
**APELLIDOS:**.....  
**SEXO:** MASCULINO  FEMENINO  **FECHA DE NACIMIENTO:** ...../...../.....  
**GRUPO Y FACTOR SANGUINEO:**.....  
**TIPO DE DOCUMENTO:**..... **N° DE DOCUMENTO:**.....  
**DOMICILIO CALLE:**..... **N°:**..... **PISO:**..... **DEPTO:**..... **CASA**   
**CODIGO POSTAL:**..... **LOCALIDAD:**..... **PROVINCIA:**.....  
**TELEFONO CASA:**..... **TELEFONO CELULAR:**.....

## EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

\*\*\*\*\*  
**APELLIDO Y NOMBRES:**.....  
**TELEFONO DE LINEA:**..... **TELEFONO CELULAR:**.....  
**EMAIL:**.....  
**PARENTESCO O RELACION CON EL PASAJERO:**.....  
\*\*\*\*\*

**APELLIDO Y NOMBRES:**.....  
**TELEFONO DE LINEA:**..... **TELEFONO CELULAR:**.....  
**EMAIL:**.....  
**PARENTESCO O RELACION CON EL PASAJERO:**.....  
\*\*\*\*\*

## DATOS COBERTURA MEDICA

**OBRA SOCIAL O PREPAGA:**.....  
**N° DE AFILIADO O SOCIO:**.....  
**TELEFONO DE URGENCIAS:**.....  
Si posee médico de cabecera, complete los datos a continuación:  
**NOMBRE DEL MEDICO DE CABECERA:**.....  
**TELEFONOS DE CONTACTO:**.....

## ANTECEDENTES MEDICOS ( MARQUE CON CRUZ LA OPCION CORRECTA)

**ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ**  
**VARICELA** SI  NO  **OTRAS? ¿CUAL O CUALES?** .....  
**SARAMPION** SI  NO  .....  
**RUBEOLA** SI  NO  .....

**OTRAS ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO O QUE PADEZCA ACTUALMENTE?**  
**CARDIOPATIAS** SI  NO  ¿CUAL O CUALES?.....  
**RESPIRATORIAS** SI  NO  ¿CUAL O CUALES?.....  
**METABOLICAS** SI  NO  ¿CUAL O CUALES?.....  
**NEUROLOGICAS** SI  NO  ¿CUAL O CUALES?.....  
**DIGESTIVAS** SI  NO  ¿CUAL O CUALES?.....  
**HEPATOPATIAS** SI  NO  ¿CUAL O CUALES?.....  
**PSICOLOGICAS** SI  NO  ¿CUAL O CUALES?.....  
**TRAUMATOLOGICAS** SI  NO  ¿CUAL O CUALES?.....

¿Posee alguna enfermedad crónica? ( Alergia, diabetes, trastornos en la sangre) ¿Cual o Cuales?

¿Es Alérgico? SI  NO  ¿a qué cosas es alérgico?

**MEDICAMENTOS**

¿Está actualmente en tratamiento con algún medicamento? SI (\*)  NO

(\*) En caso afirmativo, complete la siguiente información:

A) ¿Por qué enfermedad lo toma ? .....

B) ¿Que medicamentos debe suministrarse? Complete el nombre del medicamento y la dosis correspondiente.

1) Medicamento:.....

2) Medicamento:.....

Dosis:.....

Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y las dosis Si el medicamento necesita refrigeración, recuerdeselo al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

¿Toma medicamentos en otras situaciones? ( fiebre, dolores, etc. ) SI (\*)  NO

En caso afirmativo, cuales?.....

¿Hay algun medicamento que no deba tomar? ¿Cual o Cuales son ?.....

**ALIMENTACION**

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir?.....

El siguiente espacio, es para que usted consigne cualquier información que considere importante y necesaria para conocimiento de los profesionales que en caso de necesitarlo, atiendan al titular de la presente.

Autorizo a..... a viajar, como a si mismo a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o esten incluidos en los itinerarios.

El ejercicio de la patria potestad que me corresponde respecto del menor a mi cargo que figurar en la presente planilla, juramento. Respecto a que el mismo no toma alcohol, ni drogas, ni tiene problemas interpersonales, responsabilizándome de los daños y perjuicios que este pudiera ocasionar a terceros o a sí mismo, en esta ocasión de viaje de egresados contratado, liberando de todo tipo de responsabilidades a Itc. Presto consentimiento a Itc el uso de la imagen para producción grafica publicitaria de la empresa.

.....  
Firma del Padre / Madre o Tutor

.....  
Firma del Medico y N° de Matricula

Aclaración.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

Lugar y Fecha.....



# AUTORIZACIÓN PARA EL TRASLADO DE MENORES DE EDAD

# SEGURIDAD EN EL TRANSPORTE

En mi carácter de MADRE / PADRE / REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO (tachar la opción que no corresponda), con NOMBRE y APELLIDO ..... y D.N.I. N° ....., lo cual lo acredito mediante instrumento adjunto<sup>1</sup>, manifestando con carácter de declaración jurada que me encuentro en pleno ejercicio de las facultades que el mismo me enviste y haber cumplido con mi deber de información sobre la presente al otro progenitor del menor (artículo 654 del Código Civil y Comercial), AUTORIZO al menor/adolescente con NOMBRE y APELLIDO ..... y DNI<sup>2</sup> N° ....., a viajar desde la localidad de origen ..... hasta la localidad de destino<sup>3</sup> ..... a través de la Empresa ..... conforme las siguientes modalidades.

### Identificación (marcar con una cruz la modalidad a utilizar según la edad del menor/adolescente)

1) Menor de seis (6) años	Acompañado (*)	
(*) Nombre, Apellido y DNI acompañante <sup>4</sup>		
2) Menores entre seis (6) y doce (12) años	Acompañado (*)	
	Servicio Menor No Acompañado	
(*) Nombre, Apellido y DNI acompañante		
3) Adolescente entre trece (13) y diecisiete (17)	Acompañado (*)	
	Servicio Menor No Acompañado	
	Sin acompañante	
(*) Nombre, Apellido y DNI acompañante		

### Periodicidad de la autorización (marcar con una cruz la opción)

1) Por única vez			
2) Habitual	2.1 Periodicidad	2.2 Motivo	
	a) Semanal	a) Laboral	
	b) Mensual	b) Educativo	
	c) Anual	c) Salud	
		d) Otros	

### Fechas de salida y regreso

1) Fecha de salida (completar sólo si es una autorización por única vez)	Día/mes/año
2) Fecha de regreso	
a) Determinada	Día/mes/año
b) Indeterminada	
Firma de madre, padre o representante legal autorizado	Aclaración
Firma y sello del receptor de la presente Autorización	

1- Deberá acompañar copia de: Libreta de Matrimonio con el nacimiento asentado, Partida de Nacimiento, Acta de Nacimiento, Certificado de Nacionalidad, Pasaporte, Testimonio Judicial de adopción u otro instrumento público que dé plena fe del vínculo invocado, juntamente con los documentos de identidad del menor/adolescente y del representante legal autorizante. El vínculo también podrá ser acreditado mediante la verificación del documento nacional de identidad del menor, siempre que éste contenga el nombre de sus representantes legales (artículo 4 de la Resolución N° 43/16 de la Secretaría de Gestión de Transporte). En todos los casos deberá exhibirse el original correspondiente.

2- Acompañar copia del DNI del menor/adolescente, exhibiendo el original del mismo.

3- En caso de consignarse fecha de regreso en la presente autorización, el regreso únicamente tendrá como punto de partida el destino al que haya llegado el menor/adolescente y como punto de llegada el de origen del mismo.

4- Deberá acompañar copia del DNI del acompañante, exhibiendo el original del mismo.