

### DATOS FILIATORIOS DEL PASAJERO / PASSENGER IDENTIFICATION

Nombre y Apellido / Full Legal Name: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. / Date of birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_ Sexo/ Gender: \_\_\_\_ Nº Pasaporte / Passport Number: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo / Blood Group: \_\_\_\_ Factor / Type Blood: \_\_\_\_\_

Padre o Tutor / Parents - Legal Guardians

Nombre del Padre / Father's Name: \_\_\_\_\_

Dirección / Address: \_\_\_\_\_

Tel. Part. / Phone: \_\_\_\_\_ Tel. Laboral / Work: \_\_\_\_\_ Celular / Cell: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre / Mother's Name: \_\_\_\_\_

Dirección / Address: \_\_\_\_\_

Tel. Part. / Phone: \_\_\_\_\_ Tel. Laboral / Work: \_\_\_\_\_ Celular / Cell: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLINICA / MEDICAL HISTORY

(Redondee la respuesta correcta / Circle the correct answer)

Enfermedades padecidas. / Illness suffered.

Sarampión / Measles	YES - NO
Hepatitis / Hepatitis	YES - NO
Paperas / Mumps	YES - NO
Poliomielitis / Poliomyelitis	YES - NO
Tos convulsa / Whooping Cough	YES - NO
Varicela / Chickenpox	YES - NO
Escarlatina / Scarlet Fever	YES - NO
Varicela / Chickenpox	YES - NO
Escarlatina / Scarlet Fever	YES - NO
5ta Eruptiva / Spotted Fever	YES - NO
Rubeola / Rubella	YES - NO
Epilepsia / Epilepsy	YES - NO
Sinusitis / Sinusitis	YES - NO
Otras / Others: _____	

Vacunas o sueros recibidos. / Vaccines.

Antitetánica / Anti-tetanus	YES - NO
Antidiftérica / Diphtheria	YES - NO
Antivariólica / Smallpox	YES - NO
Antipoliomielítica / Polio	YES - NO
Antituberculosa / Anti-tuberculosis	YES - NO
Antiofídica / Antiophidic	YES - NO
Antitífica / Typhoid	YES - NO

Antecedentes familiares. / Family medical history.

Diabetes / Diabetes	YES - NO
Anemia / Anemia	YES - NO
Epilepsia / Epilepsya	YES - NO
Tuberculosis / Tuberculosis	YES - NO
Enferm. del corazón / Heart disease	YES - NO
Muerte repentina / Sudden Death	YES - NO
Presión alta / High Blood Pressure	YES - NO
Enferm. del riñón / Kidney Disease	YES - NO

Enfermedades que padece o a la que es propenso.  
Illnesses they have or are prone to have.

Asma / Asthma	YES - NO
Bronquitis / Bronchitis	YES - NO
Resfrío / Cold	YES - NO
Afecciones del oído / Ear Disorders	YES - NO
Afecciones de la nariz / Nose Disorders	YES - NO
Convulsiones / Convulsions	YES - NO
Sonambulismo / Somnambulism	YES - NO
Desmayos / Fainting	YES - NO
Constipación / Constipation	YES - NO
HIV / VIH	YES - NO
Otras / Others: _____	

Intervenciones quirúrgicas. / Surgeries.

Apendicitis / Apendicitis	YES - NO
Amigdalitis / Tonsillitis	YES - NO
Hernia / Hernia	YES - NO
Otras / Others: _____	

Alergias. / Allergies.

Comidas / Food	YES - NO
Medicamentos / Medication	YES - NO
Antibióticos / Antibiotic	YES - NO
Picaduras de insectos / Insect sting	YES - NO
Polvo, polen / Dust, pollen	YES - NO
Plumas / Feather	YES - NO

Antecedentes traumatológicos. / Orthopedic History.

Esguinces / Sprain	YES - NO
Fracturas / Fracture	YES - NO
Otros / Others: _____	

**¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? (Nombre de la droga genérica y componentes %)**  
**Are you currently taking any medication? Which one? (Specify generic drug and its components %)**

¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál? / Under medical treatment? (specify)

Recuerde calcular la cantidad de medicamentos que debe llevar en viaje, según la cantidad de días de viaje y la dosis.  
Remember to calculate the correct dosage of medications that your child should carry for the whole journey.  
Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdese al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.  
If the medication needs refrigeration, please inform this to the supervisor before starting the journey.

**¿Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir? / Is there any food that your child cannot eat? ¿Cuáles? / Which one?**

**Indique si se encuentra actualmente bajo algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico.**  
**Specify if you are under psychological or psychiatric treatment.** YES - NO  
¿Cuál? Which one?

**¿Con qué medicación? / Any medication? Dosis / Dose?**

**SEGÚN MI LEAL CONSENTIMIENTO, DECLARO VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO.**  
**I DECLARE THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE THE INFORMATION PROVIDED BY ME ARE CORRECT AND COMPLETE.**

Firma y sello del médico

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O TUTOR LEGAL (S)**  
**AUTHORIZATION AND CONSENT OF PARENT(S) OR LEGAL GUARDIAN(S)**

Por la presente juro solemnemente que tengo la custodia legal del hijo menor de edad mencionado.

Doy mi autorización y consentimiento a proveer tratamiento general de primeros auxilios para lesiones menores o enfermedades experimentadas por el menor. Si la lesión o enfermedad fuese potencialmente mortal o en caso que necesitase tratamiento de emergencia, autorizo al coordinador para convocar a todo el personal profesional de emergencia para asistir, transportar y tratar al paciente y dar el consentimiento para cualquier examen de rayos-X, anestesia, transfusión de sangre, medicación, u otro diagnóstico médico, tratamiento, o atención hospitalaria considerada necesaria, asimismo para recibir asistencia bajo la supervisión general de un médico matriculado, cirujano, dentista, personal de hospital u otra institución médica o profesional debidamente matriculada para poder ejercer en el país en el que dicho tratamiento se va a llevar a cabo.

La misma se extiende para brindar autoridad y poder por parte del coordinador en el ejercicio de su mejor juicio sobre el consejo de ese personal médico o de emergencia.

I do hereby solemnly swear that I have legal custody of the aforementioned minor child.

I grant my authorization and consent to administer general first aid treatment for any minor injuries or illnesses experienced by the minor. If the injury or illness is life threatening or in need of emergency treatment, I authorize the Supervision Adult to summon any and all professional emergency personnel to attend, transport, and treat the participant and to issue consent for any X-ray, anesthetic, blood transfusion, medication, or other medical diagnosis, treatment, or hospital care deemed advisable by, and to be rendered under the general supervision of, any licensed physician, surgeon, dentist, hospital or other medical professional or institution duly licensed to practice in the state in which such treatment is to occur.

The present authorization is given to provide authority and power on the part of the Supervision Adult in the exercise of his or her best judgment upon the advice of any such medical or emergency personnel.

Firma del Padre o tutor / Father's signature: \_\_\_\_\_

Aclaración / Printed Name: \_\_\_\_\_

DNI / ID Number: \_\_\_\_\_

Firma de la Madre o tutor / Mother's signature: \_\_\_\_\_

Aclaración / Printed Name: \_\_\_\_\_

DNI / ID Number: \_\_\_\_\_

**Recomendamos tener presentes las siguientes apreciaciones para la utilización de los servicios de asistencia al viajero:**

• Los servicios de asistencia al viajero sólo registrarán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio del viaje. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias preexistentes, crónicas o no, conocidas o no por el titular, así como sus consecuencias y agudizaciones, aún cuando las mismas aparezcan por primera vez en el viaje. En estos casos, la empresa prestadora de servicios de asistencia al viajero solo reconocerá, si a su exclusivo criterio correspondiese, la primera consulta clínica por la que determine la preexistencia de la enfermedad.

• También está expresamente excluido el tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencional o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.

• Los servicios de asistencia al viajero tendrán validez exclusivamente durante la vigencia indicada en la tarjeta, y se registrarán por las condiciones generales del servicio contratado.