



**FICHA DE SALUD Y CERTIFICACION MÉDICA
PARA EL INGRESO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES
EN EL PARQUE NACIONAL SAN GUILLERMO**



Datos personales del visitante		
Apellido:	Nombre:	
F. de nacimiento: / /	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Telef.:	
Localidad:	Provincia:	
Obra Social:	N° Afiliado:	
Contacto en caso de emergencia:	Telef:	

Para ser completado por el médico

Historia Clínica					
(Marque con una X aquellas opciones que resulten positivas – si es necesario aclare al final de la columna)					
Enfermedades articulares	<input type="checkbox"/>	Enfermedades digestivas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades psiquiátricas	<input type="checkbox"/>
Golpes fuertes	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/>	Chagas	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>
Otitis – Sinusitis – Anginas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	Soplos del corazón	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>
Neumonía - Bronconeumonía	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza – Mareos	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la vista	<input type="checkbox"/>
Consumo tabaco	<input type="checkbox"/>	Convulsiones – Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Enfermedades glandulares	<input type="checkbox"/>
Deshidratación	<input type="checkbox"/>	Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Infecciones crónicas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades auditivas	<input type="checkbox"/>

Aclaraciones

Es alérgico a:			Vacuna antitetánica	
<input type="checkbox"/> Polvo, Polen	<input type="checkbox"/> Comidas		SI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos		NO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plumas	<input type="checkbox"/> Otros			

Especificar:

Valoración Funcional		E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)	
Frecuencia cardíaca basal	<input type="text"/>		
Frecuencia respiratoria basal	<input type="text"/>		
Tensión arterial basal	<input type="text"/>		

Evaluación Clínica

¿Toma medicación? Especificar: _____

En caso de corresponder ¿Se encuentra embarazada?

Certifico que _____ de ____ años de edad, cuya historia clínica queda en resguardo, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades y pernoctar en sitios con una altura superior a 3500 m.s.n.m.

Firma y sello del médico

Lugar y fecha