

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido   
Domicilio del Titular   
Ciudad  Provincia   
Tipo y N° de Documento  Teléfono   
Fecha de Nacimiento

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): .....

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? .....

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: .....

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: .....

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: .....

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:  BCG:  SARAMPION:  TRIPLE:  COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:  Teléfono:   
Cobertura Médica:  Teléfono: .....

N° Afiliado:

Firma

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

Domicilio del Titular

Ciudad             Provincia

Tipo y N° de Documento            Teléfono

Fecha de Nacimiento

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): .....

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  
SI  NO  Cual? .....

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI  NO   
Causa: .....

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (\*)  NO   
(\* Síntomas: .....  
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: .....

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar: .....

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:  BCG:  SARAMPION:  TRIPLE:  COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:  Teléfono:

Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....

N° Afiliado: .....

\_\_\_\_\_  
Firma

