FICHA MEDICA PERSONAL y AUTORIZACIÓN DE VIAJE 2021/22

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Reserva N° | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |

### El Servicio Médico será brindado por ASSIST CARD, según condiciones particulares que establecen las Res. 237/07 y 23/2014 de la Secretaria de Turismo de la Nación y cuenta con una cobertura por pasajero de $ 25.000.- (pesos cien mil). La información debe ser clara, precisa y veraz para que los profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia.

NO PODRÁ INICIAR EL TOUR TODO AQUEL PASAJERO QUE NO PRESENTE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

**Chequera de Pagos, DNI, Ficha Médica Personal y Declaración Jurada**, debidamente completada y firmada por su padre/madre o tutor y firmada y sellada por un Médico, indicando N° de Matrícula Profesional. La presente Ficha Médica también debe ser completada por los Acompañantes Mayores Responsables del Contingente y en todos los casos con letra clara y legible, en **IMPRENTA y MAYUSCULA**.

### Los datos incluidos en la presente Ficha Médica serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

**Datos Personales del Pasajero** (Si el Pasajero es Mayor de Edad, también es Responsable por los datos volcados en la presente, rubricando con su firma los datos consignados)

# Apellido y Nombre: DNI: Fecha de Nacimiento / / N° Celular: Dirección: Calle: N° Piso: Dto.: Localidad: Provincia: Teléfono Particular de Casa: Colegio: Fecha de Viaje / / Hotel:

**COBERTURA MEDICA**

## OBRA SOCIAL, PREPAGA o SISTEMA PUBLICO de SALUD?

**Cual:**

## N° de Afiliado:

**Grupo Sanguíneo:**

## Suma asegurada contratada autorizada por la Secretaria de Turismo de La Nación hasta $ 100.000.- El excedente será cubierto por la familia del Pasajero o por su Obra Social y/o Prepaga.

**Todo pasajero que tenga una Pre Existencia Medica, deberá contar con su propia Cobertura de Salud, por esa Pre Existencia, durante todo el tiempo que dure su Estadía en Bariloche y deberá informar indefectiblemente las fechas de viaje a SU Cobertura Médica, a los fines que la misma pueda brindar prestación recíproca en Bariloche o bien le suministre un Certificado de Cobertura.**

## TIENE O TUVO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DETALLE** | **SI** | **NO** |
| COVID 19 |  |  |
| Contacto Estrecho con COVID 19 |  |  |
| Alta Médica COVID - Fecha / / |  |  |
| Varicela |  |  |
| Sarampión |  |  |
| Rubeola |  |  |
| Paperas |  |  |
| Polio |  |  |
| Tos Convulsa |  |  |
| Escarlatina |  |  |
| Epilepsia |  |  |
| Convulsiones |  |  |
| Diabetes |  |  |
| Tratamiento insulina |  |  |
| Asma |  |  |
| Asma Severo |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DETALLE** | **SI** | **NO** |
| Enuresis |  |  |
| Anemia |  |  |
| EPOC |  |  |
| Fibrosis |  |  |
| Gastritis |  |  |
| Celiaquía |  |  |
| Diarrea Crónica |  |  |
| Hepatitis |  |  |
| Insuficiencia Renal |  |  |
| Glomérulo |  |  |
| Lupus |  |  |
| Esclerodermia |  |  |
| Psoriasis |  |  |
| Artritis |  |  |
| Sangrado Nasal |  |  |
| Sonambulismo |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DETALLE** | **SI** | **NO** |
| Hemofilia |  |  |
| Leucemia |  |  |
| Tratamiento Tumor |  |  |
| Linfoma |  |  |
| Obesidad |  |  |
| Desarrollo Lento |  |  |
| Bronco Espasmos |  |  |
| Síndromes Genéticos |  |  |
| Cardiopatías Congénitas |  |  |
| Hipertensión |  |  |
| Gripe Falsa |  |  |
| Trasplantes |  |  |
| Oncohematologic Deseases |  |  |
| Diálisis |  |  |
| Insuficiencia Congénita |  |  |
| Sinusitis |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DETALLE de Enfermedades de Chico** | **SI** | **NO** |
| Cardíacas |  |  |
| Metabólicas |  |  |
| Neurológicas |  |  |
| Digestivas |  |  |
| Hepáticas |  |  |
| Respiratorias |  |  |
| de Coagulación |  |  |
| Inmunosupresoras |  |  |
| Tiroides |  |  |
| Crónicas |  |  |
| Obeso Mórbido: IMC mayor o igual a 40 |  |  |
| Psicológicas |  |  |
| Traumáticas |  |  |
| Retraso madurativo |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vacunas** | **SI** | **NO** |
| Tuberculosis |  |  |
| Poliomielitis |  |  |
| Pentavalente |  |  |
| Neumológica |  |  |
| VPH |  |  |
| Triple Vírica |  |  |
| Influenza A H1 N1 |  |  |
| Antitetánica |  |  |
| Doble |  |  |
| Triple |  |  |
| Cuádruple |  |  |
| Meningocócica |  |  |
| Hepatitis A |  |  |
| Hepatitis B |  |  |
| COVID |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicamentos** | | |
| Toma Medicamentos | **SI** | **NO** |
| Cuales: | | |
|  | | |
|  | | |
| Medicamentos Prohibidos | **SI** | **NO** |
| Cuales: | | |
|  | | |
|  | | |
| Comidas Prohibidas | **SI** | **NO** |
| Cuales: | | |
|  | | |
|  | | |
| Alergias: | **SI** | **NO** |
| Cuales: | | |
|  | | |

**ALIMENTACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Celíaco** | **SI** | **NO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vegetariano** | **SI** | **NO** |

Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir? Adjuntar dieta.

## Detalles:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dieta Especial** | **SI** | **NO** |

**DATOS DEL PADRE:** Nombre y Apellido:

### Mail:

**DATOS DE LA MADRE:** Nombre y Apellido:

### Mail:

Celular: Celular:

**\*RECUERDE CALCULAR LA CANTIDAD DE MEDICAMENTO QUE DEBE LLEVAR DURANTE LA DURACIÓN DEL TOUR\***

### **IMPORTANTE: El Servicio Médico no cubre:** Tratamientos, enfermedades crónicas o preexistentes, lesiones producidas intencionalmente por el mismo pasajero o bajo los efectos del alcohol y/o drogas. La presente **Ficha Médica** tiene carácter de **Declaración Jurada\*** dándose como ciertos los datos consignados y deberá ser presentada a La Empresa en el momento que le sea exigida.

**MEDICO PERSONAL:** Por la presente certifico que el pasajero está apto físico para realizar el viaje. **NOMBRE: TELÉFONO:**

## MÉDICO: Apellido y Nombre Matricula Sello y Firma

**DECLARACIÓN JURADA DE EQUIPAJE**

YO, Sr/Sra. DNI, , en mi carácter de **Padre/Madre/Tutor** del pasajero , DNI , declaro conocer que solo están **autorizados 15 Kg de equipaje a despachar y 3 Kg de equipaje de mano** y que me responsabilizo por su contenido y aseguro que los mismos no son tóxicos, ni pinturas, ni pirotecnia, ni peligrosos, ni cortantes, ni drogas, ni bebidas alcohólicas y cumplen con las normas vigentes de transporte y traslado del mismo, siendo mi responsabilidad total ante los daños, perjuicios, situaciones legales o controles que la autoridad competente pudiera realizar y de sus consecuencias, como así también del el pago por el exceso de peso que supere los 15 Kg permitidos y entiendo que los equipajes con sobrecarga y elementos riesgosos, no serán contemplados para su traslado y/o posteriores reclamos, como así tampoco los equipajes deteriorados y/o en mal estado.

La presente Ficha Medica/Declaración Jurada\* firmada por Padre/Madre/Tutor, implica la aceptación de todas y cada una de las Condiciones establecidas para el tour y además para la autorización para la realización del viaje. Declaro conocer y haberme informado de todas las Condiciones Generales que conforman el Contrato, la Solicitud de Adhesión y el presente Documento.

**Firma y aclaración declarante (Padre Madre o Tutor.) Firma y aclaración declarante (Padre Madre o Tutor.) Firma y aclaración declarante (Pasajero.)**

# School Travel S.A.E.V. y T. Leg. No 15171, Local 5 Terminal Omnibus La Plata (C1900) Prov de Bs. As. Tel: 011- 2106 – 1208/ info@schooltravel.tur.ar

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Reserva N° | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DECLARACIÓN JURADA\***

**Sres.**

**SCHOOL TRAVEL S.A.**

**Francia 317 – C6000**

**Prov. de Buenos Aires**

De mi consideración:

En mi carácter de

Lugar y Fecha: , de de

del/la menor , DNI , quien realizará su viaje de egresados a la Ciudad de V. C. Paz con vuestra empresa,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\_PADRE\_** |  | **\_MADRE\_** |  | **\_TUTOR\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_SI\_** |  | **\_NO\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_MAYOR\_** |  | **\_MENOR\_** |

realizo la presente Declaración Jurada, poniendo en vuestro conocimiento y a los fines que correspondan, los siguientes extremos, consignando que mi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_HIJO\_** |  | **\_HIJA\_** |

**,** , es

al momento del viaje.

Que es de mi conocimiento que School Travel S.A. proveerá la presente Ficha Médica que deberá ser completada, firmada y sellada por el Profesional Médico de cabecera y que contendrá su historia clínica.- Como

**\_PADRE\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_SI\_** |  | **\_NO\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_HIJO\_** |  | **\_HIJA\_** |

responsable,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_MADRE\_** |  | **\_TUTOR\_** |

autorizo a mi

a viajar, como asimismo a realizar todas las actividades y/o servicios que componen el viaje o estén incluidos en los itinerarios, haciéndome responsable

de cualquier situación, hecho o conducta en la que el/la menor incurriere y manifiesto, que conozco, entiendo y acepto de manera vinculante los Términos y Condiciones del Contrato Suscripto, como así también, las características particulares de los protocolos COVID 19 en la Ciudad de V.C. PAZ, haciéndome responsable por la información suministrada en un todo de acuerdo con el Decreto 1540/20 y la Res 498/20 del Ministerio de Turismo.

Que es de mi conocimiento que mi deberá cumplir y acatar todas las indicaciones y advertencias que se le indiquen, tomando los recaudos necesarios y teniendo la precaución de no incurrir en actos y/o

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_HIJO\_** |  | **\_HIJA\_** |

acciones que puedan generar peligro en su persona o en la de terceros. -

Que es de mi conocimiento que La Empresa School Travel SA\*\*\* actúa como Operador Turístico y no se responsabiliza por las multas, acciones, omisiones y/o consecuencias derivadas de la conducta individual y/o colectiva de los integrantes del tour. Toda responsabilidad emergente de la comisión de delitos, actos ilícitos y/o cualquier otra infracción que establezcan las leyes de nuestro país, como así también el actuar contrario a la moral y a las buenas costumbres, que pudieran cometer o ser atribuibles a él/los miembro/s del grupo queda bajo la exclusiva responsabilidad de los implicados, sus padres y/o tutores. -

Que la Empresa School Travel SA me ha notificado que la responsabilidad sobre los actos correspondientes a la esfera personal\*\* de cualquiera de los integrantes del tour, incluso aquellos que hacen a la intimidad de los mismos, o que se ejecuten en forma colectiva, en todos los casos, sin excepción, recaerá sobre los autores de los mismos, y nunca podrá extenderse en forma directa o indirecta a la Empresa School Travel S.A. Entre otros se consideran actos personales:

1. La tenencia, consumo, transporte y/o venta de estupefacientes, de bebidas con alcohol, y/o material pornográfico.
2. La ejecución de acciones que se encuentren vinculadas con las buenas costumbres y la moral o que se deriven de relaciones interpersonales privadas o colectivas de cualquier índole o cuestión, como, por ejemplo, riñas, peleas, actos privados, etc.-

La presente comprende asimismo todos aquellos actos penados por la legislación Nacional y/o Provincial ya sean considerados delitos, cuasidelitos o contravenciones o que impliquen la violación de normas relacionadas con la moral y/o buenas costumbres.

Que es de mi conocimiento que las roturas producidas por los pasajeros serán abonadas en el acto por los causantes de dichos daños, constituyéndome por el presente, en fiador solidario del pago de los mismos, en el caso que

el causante sea mi , por lo que se le exigirá un Depósito en Garantía por un monto a determinar, en concepto de posibles roturas del micro, u hotel, reintegrable en caso de no producirse daños.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_HIJO\_** |  | **\_HIJA\_** |

Que es de mi conocimiento que la **Chequera de Pagos** es un Documento de Viaje y que deberá ser entregada al momento de iniciar el viaje,

Que es de mi conocimiento que cada pasajero autorizado del tour tendrá derecho a transportar una maleta o bolso como equipaje autorizado que no podrá exceder los 13 Kg, con unas medidas máximas de 55 cm de ancho, 35 cm de alto y 25 cm de profundidad, asimismo podrá transportar un bolso de mano o mochila adicional, que no supere los 3 Kg, entendiéndose que los equipajes con sobrecarga y elementos riesgosos, no serán contemplados para su traslado y/o posteriores reclamos, como tampoco los equipajes deteriorados y/o en mal estad.

Que es de mi conocimiento que School Travel SA. no se responsabiliza por el transporte, traslado, mal uso, robo, hurto, extravío o perdida de los objetos personales como: valijas, bolsos, mochilas cámaras de fotos, filmadoras, teléfonos celulares, iPod’s, iPad’s, tablets, netbooks, notebooks, pen drive y/o cualquier otro artículo electrónico, ni aparatos de audio digitales o similares, relojes, joyas, billeteras, documentación, vestimenta etc. La responsabilidad por la guarda y cuidado de los elementos personales es única y exclusiva del pasajero. El Pasajero y el Padre/Madre o Tutor deberán presentar la DECLARACIÓN JURADA DEL CONTENIDO del equipaje, la misma debe estar firmada y aceptadas las condiciones y/o prohibiciones, la no presentación de la misma impide al pasajero el inicio y realización total o parcial del tour sin nada que reclamar. La Empresa School Travel S.A. no se responsabiliza por la pérdida o extravío del equipaje dentro del hotel o medio de transporte y siempre que fuese imputable a ellos, deberán responder los seguros que dichos prestadores poseen, el valor indemnizatorio no podrá superar al precio total del tour.

Que es de mi conocimiento que el Hotel determina la cantidad de pasajeros por habitación y la conformación de los integrantes de la misma, será designada por los integrantes del contingente. Que es de mi conocimiento que los reclamos, gestiones o cualquier otra petición son individuales y se ajustarán a las condiciones del contrato.

Que es de mi conocimiento que La Empresa School Travel S.A. me ha informado las actividades acordadas en el contrato suscripto. Asimismo declaro que se me ha informado que cualquier actividad adicional que quisiera realizar el grupo por su propia cuenta y que NO sea contratada a La Empresa School Travel S.A. quedará bajo la exclusiva responsabilidad de los padres y/o tutores que así lo autoricen en forma expresa y fehaciente, manifestando dicha voluntad mediante autorización correspondiente remitida por escrito, escaneo, WhatsApp o mail a las oficinas de School Travel o en su caso la autorización por escrito del/los acompañantes del grupo en la Ciudad de Destino.

Que es de mi conocimiento que La Empresa School Travel S.A. no se responsabiliza por la difusión de filmaciones, fotos, publicaciones, comentarios, opiniones en Redes Sociales como Instagram, Facebook, Twitter, Snapchat, WhatsApp o similares y cualquier otro medio electrónico, gráfico, televisivo o de cualquier otra índole con imágenes de pasajeros que no sean las de la página Oficial y las de su folletería, que La Empresa tiene para tal fin, pudiendo

utilizar las imágenes que crea convenientes y necesarias de mi para sus publicidades, otorgando a través de la presente la cesión de derechos y autorización.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_HIJO\_** |  | **\_HIJA\_** |

Que es de mi conocimiento que La Empresa School Travel S.A. se reserva el derecho de hacer que abandone el tour en cualquier punto del mismo a todo pasajero cuya conducta, estado de salud, modo de obrar, u otras razones graves a juicio de “El Organizador” provoque peligro o cause molestias a los restantes turistas usuarios o pueda malograr el éxito del viaje o sus partes o el normal desarrollo del mismo, trasladándose a su lugar de origen por el medio más apropiado y en compañía de personal capacitado, no teniendo derecho a reclamo alguno frente al agente de viaje por los servicios contratados pendientes de prestación.

Las emergencias sanitarias o enfermedades colectivas/individuales, serán tratadas en los lugares que determine la autoridad competente y autorizo a mi a quien represento, a recibir el tratamiento sugerido de

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_HIJO\_** |  | **\_HIJA\_** |

aislamiento, según protocolo vigente del Ministerio de Salud de la Nación y Ministerios de Salud Provinciales y/o Municipales, referente a posibles casos de Coronavirus SARS-CoV-2, denominado COVID 19, Gripe A H1 N1 y otras enfermedades, y a la toma de medicación que acompaña a estos tratamientos, indicados por la Autoridad Sanitaria competente dependiente de dicho Ministerio de Salud, respetando el protocolo de reposo y/o aislamiento necesario por el tiempo que indique el equipo médico, los infectólogos y las autoridades competentes.

Asimismo, declaro en particular que mi

**\_PSICOLÓGICO\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_HIJO\_** |  | **\_HIJA\_** |

(Nombre del Menor) DNI

**\_PSIQUIÁTRICO\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **\_SI\_** |  | **\_NO\_** |

posee adicción alguna, y

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_SI\_** |  | **\_NO\_** |

se encuentra bajo

tratamiento

**\_MEDICO\_**

.

Declaro que

para el caso

específico y declaro que, de ser necesario, autorizo la utilización de mi Obra Social: N° de afiliado: de existir adicciones, enfermedades y/o trastornos preexistentes, el tratamiento que debe respetarse es el siguiente:

. Por último y frente a cualquier eventualidad o situación de emergencia relacionada con las afecciones arriba denunciadas, declaro que el Dr.

es el profesional responsable relacionado con las afecciones médicas o psicológicas denunciadas arriba, con quien deberán contactarse a los siguientes teléfonos: .

*\* Es de mi conocimiento que la Declaración Jurada posee naturaleza de Instrumento Público que en cuanto a su contenido impide negar la veracidad de la misma.*

*\*\*Les recordamos que vuestro contrato con nuestra Empresa, en la cláusula “DERECHO DE CONDUCTA Y PERMANENCIA”, expresa a saber: “El Organizador se reserva el derecho de hacer abandonar el tour en cualquier punto del mismo a todo pasajero cuya conducta, modo de obrar, estado de salud u otras razones graves a juicio del Organizador provoque peligro o cause molestias a los restantes turistas usuarios o pueda malograr el éxito del viaje o sus partes o el normal desarrollo del mismo, trasladándose a su lugar de origen por el medio más apropiado y en compañía de personal capacitado, no teniendo derecho a reclamo alguno, sea éste judicial o extrajudicial, frente al agente de viajes por los servicios pendientes de prestación, ni de ninguna otra índole.”*

\*\*\* *Quedan comprendidos dentro del presente deslinde de responsabilidad los representantes, directores, funcionarios y cualquier otro miembro de La Empresa School Travel S.A.*

\*\*\*\* *La presente* ***Declaración Jurada*** *es obligatoria y forma parte de la Ficha Médica Personal.*

Me notifico y presto conformidad

**Firma y aclaración declarante (Padre Madre o Tutor.) Firma y aclaración declarante (Padre Madre o Tutor.) Firma y aclaración declarante (Pasajero.)**

# School Travel S.A.E.V. y T. Leg. No 15171, Local 5 Terminal Omnibus La Plata (C1900) Prov de Bs. As. Tel: 011- 2106 – 1208/ info@schooltravel.tur.ar