

FICHA MEDICA

La información que usted suministre a continuación tendrá carácter de reservada y confidencial; sólo será usada por “Eiwaane” para los fines de la excursión pedagógica de colegio / o actividades de Eiwaane; por favor tómese su tiempo para responder todo el cuestionario

Institución:	Curso:
ACTIVIDAD	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE / DOCENTE	
Nombre:	T.I / C.C
Fecha de Nacimiento:	Edad:
II. INFORMACION ACUDIENTE O RESPONSABLE	(OBLIGATORIO PARA ALUMNOS). IMPORTANTE: Si usted es docente contestar en las siguientes casillas N/A. Es importante el diligenciamiento de todos los ítems para obtener su registro. Gracias
Acudiente	
Nombre:	
Documento:	
Teléfono de contacto:	
Correo electrónico:	
Parentesco:	
PERSONA A QUIEN SE DEBE INFORMAR EN CASO DE NO ENCONTRAR A NINGUNO DE LOS PADRES.	
Nombre:	Parentesco:
Teléfono de contacto:	

El acudiente y participantes mayores de edad (Docentes o acompañantes) de las salidas deben suministrar la información de todas las preguntas y detalles de la Ficha Medica, marcando “sí” o “no” a todas las preguntas del cuestionario. Si la respuesta es afirmativa (“sí”), deberá brevemente describir la situación en la casilla. OBSERVACIÓN. El envío de esta información es un compromiso a que lo manifestado en este formulario es verídico y se realiza bajo la gravedad de juramento.

IMPORTANTE: Relacione Información sobre tratamientos médicos actuales y (medicamentos que se estén tomando),

Grupo Sanguíneo y RH:	
Eps:	Prepagada:
PREGUNTA	
¿Sufre Ud. actualmente alguna enfermedad y / o toma medicamentos?	
¿Ha sido Ud. Hospitalizado alguna vez? (Cuándo, por qué motivo)	
¿Ha sido Ud. operado alguna vez y de qué? / favor relacionar la fecha en Observaciones	
¿Tiene alguna condición especial o médica que deba tenerse en cuenta durante la salida o para el desarrollo de alguna actividad?	
¿Tiene Ud. alguna condición que limite el desarrollo de la actividad?	

Enfermedades cardíacas, dolores de pecho, sensación de ahogo, ataque cardíaco, Hipertensión, Vasos sanguíneos, trombos, venas varicosas, problemas circulatorios	
PREGUNTA	
¿Se ha sometido últimamente Ud. a exámenes de rutina, tales como análisis de sangre, orina o Electroencefalograma? ¿Fueron los resultados normales?	
Mareos, dolores de cabeza, pérdida del conocimiento, parálisis, convulsiones (epilepsia), trastornos de memoria, accidente cerebro, vascular, ACV, temblores, problemas de equilibrio	
Depresión, esquizofrenia, ansiedad, fobias, intentos de suicidio	
Asma, bronquitis crónica, infecciones recurrentes de las vías respiratorias	
Hernias de cualquier tipo	
Artritis, gota, dolores de espalda o cuello, ruptura de disco, enfermedades de hombro, rodilla, enfermedades Óseas.	
Visión, usa gafas permanentemente, tiene alguna dificultad en su capacidad visual	
Es usted alérgico a: Picaduras de Insectos, Medicamentos, Alimentos, otras	
Posee algún trastorno alimenticio, gastritis, úlceras, dietas especiales, hipoglicemia, etc.	
¿Es usted vegetariano?	
¿Es usted vegano?	
¿Sabe nadar?	
¿Ha padecido de Covid 19?	
¿Cuenta con Médico Familiar?	
OBSERVACIONES	

El guía local en consenso con el coordinador de EIWAANE y los profesores, tienen total potestad de cancelar o limitar una actividad como medida preventiva ante posibles riesgos ambientales, derrumbes, tormentas eléctricas, lluvias torrenciales, crecientes de ríos, tormentas de arena, mar de leva, presencia de fauna agresiva, cambios climáticos extremos, retraso fortuitos en cumplimiento de horarios, operativos militares y otros similares.

El coordinador de EIWAANE en consenso con los profesores, tienen total potestad de limitar la participación de aquellas personas que por su comportamiento o el incumplimiento de las normas, pongan en riesgo su seguridad física o emocional y la de los demás participantes, pobladores locales o que cause afectaciones al ambiente. De requerirse, se pondrá en contacto con la institución educativa y los acudientes para excluirlo de las actividades o trasladarlo de regreso a su lugar de origen, según los protocolos establecidos por EIWAANE para estos casos.

Los abajo firmantes confirman que esta información se encuentra completa y correcta, de ser necesario autorizamos comunicarse con el médico/especialista del participante

Firma(s):

Fecha:

Firma, Acudiente 1 _____ c.c._

Firma, Acudiente 2 _____ c.c._