|  |
| --- |
|  |

DELEGACIÓN ARGENTINA EN FERIAS INTERNACIONALES 2017

FICHA DE DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN MÉDICA

DOCENTE

*FERIA:*

*LUGAR:*

*FECHA:*

|  |
| --- |
| **JURISDICCION:** |
| **APELLIDO/S Y NOMBRE/S (completos, tal como figuran en documento de viaje):** |
| DNI N° NACIONALIDAD: GÉNERO: F M  |
| FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): EDAD: |
| DATOS REQUERIDOS SEGÚN RES. GRAL. AFIP Nº 3450/13 PARA EMISIÓN DE PASAJES:* CUIL / CUIT (mayores de edad) N°
* CDI (menores de edad) N°

(Nota: CUIT o CUIL se obtiene desde la página de AFIP. CDI (Clave de Identificación), se tramita en oficina de ANSES correspondiente al domicilio del interesado con el DNI del menor. Mayores de edad que no posean ni CUIT ni CUIL pueden generar esta Clave, el tramite se realiza de igual manera que para los menores: <http://www.afip.gov.ar/genericos/guiaDeTramites/categoria_list_detail.aspx?id_padre=833>)* TIPO Y N° DE DOCUMENTO DE VIAJE (Pasaporte / DNI):
* PAÍS EMISOR DEL DOCUMENTO DE VIAJE:
* FECHA DE CADUCIDAD DE DOCUMENTO DE VIAJE (dd/mm/aaaa):
 |
| DIRECCIÓN: CÓDIGO POSTAL: |
| LOCALIDAD: |
| TELÉFONO (con prefijo local): |
| CELULAR (con prefijo local): WHATSAPP:  |
| CORREO ELECTRÓNICO: |
| ¿TIENE CONOCIMIENTOS Y/O MANEJO DEL IDIOMA INGLÉS?: SÍ NO |
| - TÍTULO DEL TRABAJO: |

*Continúa Ficha Docente*

|  |
| --- |
| **ESCUELA / COLEGIO:** |
| - RESPONSABLE INSTITUCIONAL: |
| - DIRECCIÓN: CÓDIGO POSTAL: |
| - LOCALIDAD: |
| - TELÉFONO (con prefijo local): |
| - CORREO ELECTRÓNICO: |

|  |
| --- |
| **PARA SEGURO DE VIAJE, EN CASO DE SER NECESARIO, AVISAR A:** |
| NOMBRE Y APELLIDO: TELÉFONO: ( )Parentesco: |
| NOMBRE Y APELLIDO: TELÉFONO: ( )Parentesco: |

|  |
| --- |
| **FICHA MÉDICA** |
| **GRUPO SANGUÍNEO:** |
| **¿CUENTA CON ALGUNA COBERTURA MÉDICA Y/O SEGURO INTERNACIONAL? SÍ NO**En caso afirmativo, especificar lo siguiente: |
| ¿CUÁL?: N° DE AFILIADO: |
| TELÉFONO DE EMERGENCIAS: |
| **¿HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS?**En caso afirmativo, marcar con una X y especificar de ser necesario: |
| ASMA ( ) | DIABETES ( ) |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ( ) | EPILEPSIA ( ) |
| ENFERMEDADES CARDÍACAS ( ) | CONVULSIONES ( ) |
| ENFERMEDADES GÁSTRICAS ( ) | HERNIAS ( ) |
| HEPATITIS ( ) | CELIAQUISMO ( ) |
| ANEMIAS ( ) | DOLOR DE CABEZA SEVERO ( ) |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL ( ) | PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS ( ) |
| HIPOTENSIÓN ARTERIAL ( ) | FRACTURAS Y/O TRAUMATISMOS EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS ( ) |

*Continúa Ficha Docente*

|  |
| --- |
| ALGUNA OTRA ENFERMEDAD: |
| OBSERVACIONES / ESPECIFICACIONES: |

|  |
| --- |
| **¿HA PADECIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SÍ NO**En caso afirmativo, especificar. |
| ¿CUÁL?: |
| **¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SÍ NO**En caso afirmativo, especificar: |
| - ALIMENTOS: |
| - MEDICAMENTOS: |
| - FACTORES AMBIENTALES: |
| - OTROS: |
| **¿CUENTA CON CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETO? SÍ NO**  |
| **ANTITETÁNICA:** SÍ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ NO(En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación) | **ANTIGRIPAL:** SÍ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ NO(En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación) |
| **¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO** En caso afirmativo, especificar. |
| ¿CUÁL?:Nota: para el viaje deberá llevar receta médica con prescripción de la medicación necesaria e indicaciones de uso y administración. |
| **¿SIGUE ALGUNA DIETA MÉDICA EN PARTICULAR? SÍ NO** En caso afirmativo, especificar. |
| ¿CUÁL?: |
| **¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA** **QUE REQUIERA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL? SÍ NO** En caso afirmativo, especificar. |
| ¿CUÁL? |
| **OTROS DATOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS:** |

*Continúa Ficha Docente*

|  |
| --- |
| Lugar y Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma y aclaración del docente | Firma y aclaración del Coordinador Jurisdiccional FCyT |
| **OBLIGATORIO:** Firma y sello Autoridad Institución EducativaSello Institución Educativa |