



**SELLO DE**  
Calidad  
Turística

### FICHA MÉDICA – FICHA DE CONFIRMACIÓN GIRA DE ESTUDIOS

#### IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO(A) Y/O PASAJERO (ESCRIBIR CON LETRA LEGIBLE TODOS LOS DATOS)

|                                                                                |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| COLEGIO:                                                                       | CURSO:                |
| NOMBRE Y APELLIDOS:                                                            |                       |
| RUT:                                                                           | FECHA DE NACIMIENTO : |
| DIRECCIÓN PARTICULAR:                                                          |                       |
| SISTEMA DE SALUD: FONASA _____ ISAPRE _____ FUERZAS ARMADAS _____ OTROS: _____ |                       |
| TALLA DE POLERA DEL ALUMNO (A) Y/O PASAJERO:                                   |                       |

#### ANTECEDENTES MEDICOS DEL ALUMNO(A) Y/O PASAJERO

|                                                                              |                 |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------|
| PESO: _____                                                                  | ESTATURA: _____ | GRUPO SANGUINEO: _____                                       |
| ALERGIAS:                                                                    |                 |                                                              |
| MEDICAMENTOS                                                                 | SI              | NO ¿CUAL? _____                                              |
| PICADURAS:                                                                   | SI              | NO ¿CUAL? _____                                              |
| ANIMALES:                                                                    | SI              | NO ¿CUAL? _____                                              |
| ALIMENTOS:                                                                   | SI              | NO ¿CUAL? _____                                              |
| <b>ENFERMEDADES CRONICAS:</b>                                                |                 |                                                              |
| DIABETES _____                                                               | ASMA _____      | HIPERTENSION _____ EPILEPSIA _____ ENFERMEDAD CARDIACA _____ |
| OTROS ¿Cuál? _____                                                           |                 |                                                              |
| MEDICAMENTOS DE USO COTIDIANO: NOMBRE: _____ DOSIS: _____                    |                 |                                                              |
| HORARIO MEDICAMENTO: _____                                                   |                 |                                                              |
| REGIMEN ALIMENTICIO: NORMAL _____ VEGETARIANO _____ VEGANO _____ OTROS _____ |                 |                                                              |
| ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PREVIAS: _____                    |                 |                                                              |

#### DATOS FAMILIARES DEL ALUMNO(A) Y/O PASAJERO

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| <b>NOMBRE COMPLETO MADRE:</b> |           |
| DIRECCION:                    | TELEFONO: |
| <b>NOMBRE COMPLETO PADRE:</b> |           |
| DIRECCION:                    | TELEFONO: |
| <b>OTRO RESPONSABLE:</b>      |           |
| DIRECCION:                    | TELEFONO: |

#### ADULTO RESPONSABLE DEL PAGO

|                   |
|-------------------|
| NOMBRE COMPLETO:  |
| TELEFONO: CORREO: |

|                                                                    |    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|----|
| AUTORIZO A MI HIJO(A) _____                                        |    |    |
| A REALIZAR DEPORTE AVENTURA (RAFTING, CANOPY, ZIP LINE, PAINTBALL) | SI | NO |



FIRMA APODERADO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Av. Apoquindo #6550 edificio 1 oficina 205 Las Condes / Metro Tobalaba  
General Urrutia 436 oficina A / Pucón región de la Araucanía  
Móvil Whatsapp: (+56 9) 50054654 – (+56 9) 933828443 E-mail: operaciones@nomadesdelsur.cl  
Instagram: Nómades del sur turismo  
WWW.NOMADESDELSUR.CL