

Esta ficha debe ser llenada por un médico colegiado o inscrito en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud y entregada a su Director de Carrera al postular y luego actualizada al inicio de cada año académico.

La información solicitada a continuación es para conocimiento de la Comunidad Académica sobre cualquier condición médica en particular que usted tenga y pueda afectar su integridad o la de sus pares en el transcurso del Plan de Estudios de la Carrera de Ecoturismo o Turismo de Aventura.

Es requisito de ingreso la certificación médica de que su salud y condición física son compatibles con las Carreras mencionadas. El Plan de Estudios considera actividades de trekking, escalada, buceo, kayak, rafting, ski randoné y mountain bike, en condiciones climáticas variables, incluso extremas.

Durante las excursiones dormirán al aire libre, armarán sus propias carpas y cocinarán sus propias comidas.

En el caso de dolencias o heridas de consideración, esta ficha médica entregará al personal especializado valiosa información respecto de su historial médico. Después de revisar esta ficha, el Director de Carrera podrá contactarla/o para aclarar dudas y aconsejarle respecto de condiciones y exigencias específicas de las actividades en terreno.

La información contenida en esta ficha es estrictamente confidencial. Será vista por las autoridades competentes de DuocUC, personal médico y otros que sepan y entiendan el carácter reservado de la información.

Esta ficha estará al resguardo de la Dirección de Carrera durante el presente año académico siendo obligación por parte del alumno su actualización y/o renovación de forma anual.

El alumno deberá tomar en consideración su propia seguridad así como la de sus compañeros, por ello al contestar esta ficha debe ser absolutamente veraz y responsable.

Información General

Nombre: _____		Sexo: _____ M _____ F	
Dirección: _____			
Comuna: _____	Ciudad: _____	Región: _____	
Fono particular: _____	F. trabajo: _____	F. celular: _____	
Dirección e-mail: _____		Fecha Nacimiento: _____	
Estatura: _____	Peso: _____	Presión Arterial: _____	Grupo Sanguíneo _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Fono particular: _____ F. trabajo: _____ F. celular: _____

Si la persona anterior no estuviese, contactar a: _____ Relación: _____

Fono particular: _____ F. trabajo: _____ F. celular: _____

Información de Seguros y Previsión Médica

Previsión Médica, si corresponde (*) especifique:

FONASA: _____ **ISAPRE (*):** _____ **OTRO (*):** _____

Seguros Médicos y/o Convenios:

SEGURO MÉDICO: _____ Si _____ No

Si corresponde; Compañía: _____ N° Póliza: _____ Teléfono de Contacto: _____

CONVENIO DE ATENCIÓN MÉDICA: _____ Si _____ No

Si corresponde; Centro de Atención: _____ Dirección: _____

Teléfono de Contacto: _____

Alergias

Considere medicamentos, alimentos, animales, picada de insectos, agentes ambientales (polvo, pasto, árboles, etc.) _____ **NINGUNA**

Alergia	Reacción	Medicamento Utilizado (si lo hubiese)

Ha desarrollado **ANAFILAXIS:** _____ (*) si _____ no

* agente que la provoca: _____

Toda persona que ha desarrollado ANAFILAXIS deberá portar su propio Kit de Anafilaxis provisto de **Epinefrina** o similar

Historial Médico

El Médico debe constatar las respuestas y luego de su examen dejar constancia si el postulante es apto para cursar la Carrera de Turismo de Aventura y/o la Carrera de Ecoturismo.

Por favor indique los medicamentos recetados, automedicados, y/o drogas homeopáticas que esté usando.
Si es necesario usar una hoja aparte.

Nombre Medicamento	Dosis	Frecuencia	Efectos Secundarios	Motivo de Uso

1. ¿Practica deportes? Si ____ No ____ ¿Con qué frecuencia practica usted deportes? _____
2. ¿Fuma? Si ____ No ____
3. ¿Consume bebidas alcohólicas? Si ____ No ____
4. ¿Enfermedades recientes? _____

5. ¿Operaciones u Hospitalizaciones? _____

6. ¿Exposición reciente a enfermedades contagiosas? _____

7. ¿Se le ha diagnosticado asma? ____ Si ____ No ____ si corresponde, indicar medicamentos en tabla superior.
8. ¿Se le ha diagnosticado diabetes? ____ Si ____ No ____ si corresponde, indicar medicamentos en tabla superior.

9. ¿Restricción de alimentos? ___ - Si ___ No especificque; _____

10. ¿Historial de presión arterial alta? ___ Si ___ No si corresponde, indicar:

Signos	Síntomas	Medicamentos

11. ¿Tiene algún problema a la vista? ___ Si ___ No especificque; _____

12. ¿Está embarazada? ___ Si ___ No si corresponde, cuantos meses de embarazo presenta: _____

13. ¿Tiene problemas óseos, articulares o musculares? ___ Si ___ No si corresponde indicar:

Óseos	Articulares	Musculares

14. ¿Ha experimentado problemas con la altura (mal de altura, EPA, ECA) anteriormente? _____
Si ___ No.

15. ¿Tiene alguna condición médica no mencionada anteriormente? _____



Las actividades de la Carrera requieren de gran actividad física, largas caminatas, escaladas y otros esfuerzos físicos y/o mentales, en áreas remotas, sin facilidades médicas, apoyo médico o formas expeditas de contacto de rescate o asistencia médica. Por favor indique todas las limitaciones físicas o mentales y restricciones de las cuales usted está en conocimiento: _____

Si usted no tiene ninguna limitación, por favor indique aquí: Si _____ No _____

Nombre:.....RUT..... firma.....fecha.....

La información proporcionada permite certificar que el postulantenombre completo..... está apto para cursar las Carreras anteriormente mencionadas.

Nombre del Médico:.....

RUT:.....

N° Colegio Médico

Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud Si _____ No _____

Timbre.....

Apoyo Médico

En caso de requerir consulta a su medico tratante, por favor indicar:

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Teléfono de contacto: _____ Dirección: _____

Fecha última consulta: ____ / ____ / ____

Por favor notifique inmediatamente a la Dirección de Carrera si cualquier información suscrita requiere ser modificada y/o actualizada.

Nombre Alumno
RUT.....

Firma