

FICHA MÉDICA MOONDI.

Esta ficha médica nos permitirá brindar un seguimiento eficiente y puntual a la salud de cada viajero, haciendo su experiencia mas segura. Te pedimos llenar todos los campos y describir con claridad tus instrucciones.



DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____
Edad: _____ Grado: _____ Grupo: _____
Institución: _____
Destino: _____



INDIQUE SI REQUIERE ATENCIÓN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:



INTESTINOS



PULMONES



ESTOMAGO



CEREBRO



HUESOS



RIÑONES



MÚSCULOS



CORAZÓN



OREJAS



OJOS



NARIZ



DIENTES



HÍGADO



VÍAS URINARIAS



Tipo de Sangre: _____

Estado actual de Salud



Buena



Regular Estable



Requiere Atención

¿Presenta alguno de los siguientes padecimientos?



Diabetes

Hipertensión

Asma

Epilepsia

Alergias



Otro

Especifique a detalle cual.

Contacto Principal

Nombre Completo: _____



En caso de no poder contactar con usted, llamaremos a:

Otro Contacto

Nombre Completo: _____



Médico Familiar

Nombre Completo: _____



PERSONAL MOONDI

Medicamento

Día	Fecha	Horario1	Horario2	Horario2
1		☐	☐	☐
2		☐	☐	☐
3		☐	☐	☐
4		☐	☐	☐
5		☐	☐	☐
6		☐	☐	☐
7		☐	☐	☐
8		☐	☐	☐
9		☐	☐	☐
10		☐	☐	☐
11		☐	☐	☐
12		☐	☐	☐
13		☐	☐	☐
14		☐	☐	☐
15		☐	☐	☐

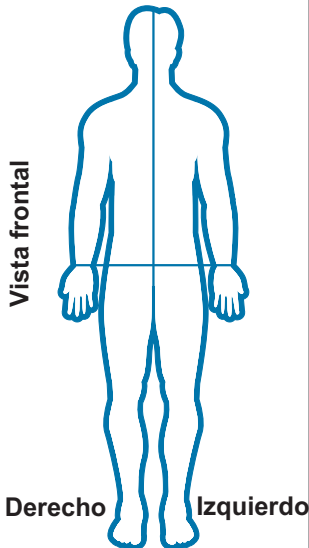
FIRMA DE AUTORIZACIÓN



SEGUIMIENTO MÉDICO

LESIONES ACTUALES

Señale con un círculo donde se localizan.



Indique los síntomas y el tratamiento para los padecimientos o lesiones actuales.



Indique los medicamentos, dosis y modo de administrarlos.

Declaro que no he omitido ningún padecimiento que ponga en riesgo la salud de mi hijo/a y autorizo al personal de Moondi a dar seguimiento médico, conforme las instrucciones que he descrito en esta ficha médica, deslindando a la empresa de cualquier responsabilidad sobre las instrucciones aquí descritas o cualquier otro tratamiento que se derive de ellas.

PARA CONTACTO CON MOONDI: **+52 7225197606**



MOONDIMEXICO