

Información



VIAJE _____

FECHA DE SALIDA _____

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S: _____

NOMBRE/S: _____

TIPO Y N° DE DOC: _____ FECHA DE NAC.: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL./CEL.: _____

CONTACTO ALTERNATIVO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

ESTADO DE SALUD *(Tachar lo que no corresponda)*

- | | | | |
|--|----|----|-------------------------|
| ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? | SÍ | NO | ¿CUÁL? |
| ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? | SÍ | NO | ¿CUÁL? |
| EN EL ÚLTIMO AÑO ¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE? | SÍ | NO | ¿DE QUÉ? |
| ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? | SÍ | NO | ¿CUÁL? |
| ¿PRESENTA OTRAS ALERGIAS? | SÍ | NO | ¿CUÁL? |
| ¿QUE ALIMENTO NO TOLERA? | | | |
| ¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? | SÍ | NO | ¿CUÁL? (ADJUNTAR DIETA) |
| ¿TIENE COBERTURA MÉDICA? | SÍ | NO | ¿CUÁL? |

El siguiente espacio es para que usted escriba cualquier información que considere importante:

IMPORTANTE: El servicio médico no cubre: Tratamientos, enfermedades crónicas pre-existentes.

Según mi leal consentimiento, declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario.

Firma: _____

En caso de menores, deberá firmar padre, madre o tutor

Aclaración: _____