

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? <small>(adjuntar dieta)</small> |
| ¿TIENE COBERTURA MÉDICA? | SÍ | NO | ¿CUÁL? |

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

Firma: _____
En caso de menores, deberá firmar padre, madre o tutor

Aclaración: _____