

# 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 FERMEDAD?      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?      SÍ    NO

¿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 \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

EN CASO DE MENORES, DEBERÁ FIRMAR PADRE, MADRE O TUTOR