

VIAJE: _____

FECHA DE SALIDA: / /



APELLIDO/S:
NOMBRE/S:
TIPO Y N° DE DOC.: FECHA DE NAC.:
LOCALIDAD: PROVINCIA:
TEL./CEL.:
CONTACTO ALTERNATIVO EN CASO DE EMERGENCIA:



¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI	NO	¿CUÁL?
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?	SI	NO	¿CUÁL?
EN EL ÚLTIMO AÑO ¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?	SI	NO	¿DE QUÉ?
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	SI	NO	¿CUÁL?
¿PRESENTA OTRAS ALERGIAS?	SI	NO	¿A QUÉ?
¿QUÉ ALIMENTOS NO TOLERA?			
¿COME MARISCOS Y/O PESCADOS?	SI	NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL?	SI	NO	¿CUÁL? (Adjuntar dieta)
¿TIENE COBERTURA MÉDICA?	SI	NO	¿CUÁL?

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

.....
.....
.....
.....

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

Firma:

Aclaración:

Fecha: