

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)

PESO ACTUAL: .....

¿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: .....