

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: _____



(Tachar lo que no corresponda)

¿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: