

# INFORMACION

VIAJE

FECHA DE SALIDA



## DATOS PERSONALES

APELLIDO/S:

NOMBRE/S

TIPO Y Nº DE DOC.

FECHA DE NAC.

LOCALIDAD

PROVINCIA

CONTACTO ALTERNATIVO EN CASO DE EMERGENCIA

TELÉFONO

## ESTADO DE SALUD

¿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?

¿QUE ALIMENTO NO TOLERA?

¿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:

**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.**

FECHA:

Firma:.....

Aclaración.....

En caso de menores, deberá firmar, padre, madre o tutor.



Tel. 03564 420754 / 436012 / 429109 - info@setilviajes.com