



DATOS DEL PASAJERO

Apellido y Nombres:.....
D.N.I.:..... Fecha Nacimiento:..... /..... /.....
Dirección:..... Celular:.....
Localidad:..... Email:.....

VIAJE

Destino:..... Fecha:...../...../.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Apellido y Nombres:.....
Dirección:.....
Localidad:..... Tel.:.....

RESPONDER: (MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA)

1- ¿Necesita un régimen de comidas especial? SI NO
¿Cuál?.....

2- ¿Toma algún medicamento? SI NO
¿Cuál/es?.....

3- ¿Es asmático/a? SI NO

4- ¿Es diabético/a? SI NO

5- ¿Es alérgico/a? SI NO

Si es alérgico/a a algún medicamento, indicarlo y mencionar cuál usa en su reemplazo
.....

6- Grupo Sanguíneo:..... Factor:

7- Explique todo lo que considere de interés médico:.....
.....
.....

***EL SERVICIO NO INCLUYE TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS PREEXISTENTES. *ESTA INFORMACIÓN ES ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL, ES NECESARIA Y OBLIGATORIA PARA PODER BRINDAR UN MEJOR SERVICIO, EN CASO DE QUE LO REQUIERA. * SEGÚN MI LEAL CONSENTIMIENTO, DECLARO VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE HE PROPORCIONADO EN ESTE FORMULARIO.**

.....
Firma Padre, Madre o Tutor

.....
Firma Pasajero

*En caso de menores de edad, firma del padre, madre o tutor.

