FICHA DE SALUD

INFORMACIÓN DEL PASAJERO

NOMBRE DEL VIAJE _____

FECHA DE SALIDA _____

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S: _____

NOMBRE/S: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO: _____

DIRECCIÓN: _____

CELULAR: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (no puede ser el mismo que el pasajero ni el de su acompañante):

_____

OBRA SOCIAL: _____

ESTADO DE SALUD

¿Padece alguna enfermedad?	SI	NO	¿Cuál?
¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento médico?	SI	NO	¿Cuál?
En el último año ¿fue intervenido quirúrgicamente?	SI	NO	¿Cuál?
¿Es alérgico a algún tipo de medicamento?	SI	NO	¿Cuál?
¿Presenta otras alergias?	SI	NO	¿Cuál?

En caso de ser afirmativas alguna de las siguientes opciones, indique cuál. Acto seguido contactarse con Casa Central para analizar si el pasajero es apto para realizar el tour contratado.

¿Tiene alguna dificultad motriz? SI NO ¿Cuál?

- Silla de ruedas ☐
- Bastón ☐
- Trípode ☐
- Muletas ☐
- Ortopedia ☐
- Otro, ¿cuál? ☐

Obesidad SI NO

Dificultad visual (En caso de tener pérdida de visión, indique el porcentaje) SI NO ¿Cuál?

Dificultad auditiva SI NO ¿Cuál?

Las dietas especiales, con prescripción médica, están sujetas a disponibilidad de los proveedores en destino y siempre se debe informar al contratar el tour. En caso de no informarse con anticipación no se podrá solicitar cuando el viaje haya comenzado.

La dieta prescrita no podrá cambiarse una vez iniciado el viaje.

¿Sigue algún régimen o dieta especial? SI NO

En caso afirmativo, marque una opción, según corresponda:

- Diabéticos ☐
- Celíacos ☐
- Sin sal ☐
- Sin lactosa ☐
- Vegetariana ☐
- Vegana ☐

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

_____

_____

_____

IMPORTANTE:

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos proporcionados en este documento. Asumo toda la responsabilidad legal por la exactitud de la información suministrada y me comprometo a responder civil, penal y administrativamente por cualquier falsedad, omisión u ocultamiento que se constate.
Asímismo, manifiesto haber leído y comprendido la información detallada sobre la cobertura de asistencia médica para mi próximo viaje. Acepto plenamente los términos y condiciones estipulados.

_____ _____

Firma del pasajero y aclaración Fecha