**FORMULARIO MÉDICO 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO: |  |
| PAÍS QUE REPRESENTA: |  |
| Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD O PASAPORTE: |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| DIRECCIÓN |  |
| TELÉFONO: |  |
| Nombre de personas con quien ponerse en contacto en caso de emergencia: |  |
| Teléfono: |  |
| Parentesco: |  |
| Tipo de sangre: |  |
| Enfermedades crónicas (diabetes, asma, etc.): |  |
| Alergias (tipos): |  |
| Medicinas especiales que pueda requerir: |  |
| Indique qué seguro de viajero posee y anexe al presente formulario fotocopia del mismo (requisito imprescindible): | |

Firma del Intérprete: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Nombre Completo del intérprete: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Documento de identidad Nº: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_