



FICHA MÉDICA PASAJEROS EN GIRA – ATACAMA STARS

NOMBRE ESTABLECIMIENTO	
CURSO	
CIUDAD/COMUNA	
FECHA DEL VIAJE	
NOMBRE PROGRAMA O DESTINO	
NOMBRES ALUMNO	
APELLIDOS	
CÉDULA DE IDENTIDAD / PASAPORTE	
FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL APODERADO RESPONSABLE	
DIRECCIÓN	
COMUNA	
TELÉFONO DE CONTACTO/ WHATSAPP	
EMAIL	
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A	
TELÉFONO EMERGENCIA	
EMAIL EMERGENCIA	

DATOS MÉDICOS	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
GRUPO SANGUÍNEO	
TRATAMIENTO: MÉDICO, PSICOLOGICO, PSIQUIATRICO	SI ___ / NO ___
MEDICAMENTOS	
¿ALGUNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE?	
MEDICAMENTOS O ALIMENTOS CONTRAINDICADOS	
¿ALGUNA ALERGIA?	
TIPO DE ALIMENTACIÓN (escoger con una X)	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> VEGETARIANA <input type="checkbox"/> VEGANA <input type="checkbox"/> CELIACA <input type="checkbox"/> INTOLERANTE A LACTOSA
OTRO (ESPECIFICAR)	
OBSERVACIONES	

Nota: todos los datos son obligatorios. La información médica solo se transmite al personal médico y de activación de seguros de viaje.