



## CUESTIONARIO SOBRE MEDICINA PARA VIAJEROS

USAR LETRA IMPRENTA				
Nombre legal del viajero:				
Género:		Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	
Dirección particular:				
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Teléfono particular:		Teléfono comercial:		
Médico de cabecera:		Teléfono:		
Notificación de emergencias:		Teléfono:		
Relación:				
ITINERARIO				
Fecha de partida:		Fecha de regreso:	Duración del viaje:	
PROPÓSITO DEL VIAJE				
<input type="checkbox"/> Negocios	<input type="checkbox"/> Trabajo de campo	<input type="checkbox"/> Reubicación	<input type="checkbox"/> Enseñanza/Estudio	<input type="checkbox"/> Trabajo misionero
<input type="checkbox"/> Vacaciones	<input type="checkbox"/> Buceo	<input type="checkbox"/> Safari	<input type="checkbox"/> Alpinismo	<input type="checkbox"/> Otro
TIPO DE VIAJE				
<input type="checkbox"/> Grupal/Excursión		<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Itinerario fijo	
<input type="checkbox"/> Itinerario flexible		<input type="checkbox"/> Crucero	<input type="checkbox"/> Otro:	
ALOJAMIENTO				
<input type="checkbox"/> Complejo	<input type="checkbox"/> Hotel/Resort	<input type="checkbox"/> Casa privada	<input type="checkbox"/> Embarcación de crucero	<input type="checkbox"/> Plataforma petrolera
DESTINO, INCLUIDAS LAS PARADAS EN AEROPUERTOS. LISTA EN ORDEN DE VIAJE:				
País	Ciudad	Duración	Urbano (X)	Rural (X)

**AVISO DE PAGO POR ADELANTADO REQUERIDO**

EL PRESENTE AVISO ES PARA INFORMARLE QUE LA MAYORÍA DE LOS PLANES DE SALUD NO OFRECEN COBERTURA PARA INMUNIZACIONES CON FINES DE VIAJES. SE ESPERA QUE REALICE UN PAGO COMPLETO AL MOMENTO DE SU VISITA. ADEMÁS, ESTOS SERVICIOS NO SE ENCUENTRAN SUJETOS A NINGUNA POLÍTICA DE DESCUENTO.

PUEDE OPTAR POR PRESENTAR UN RECLAMO DIRECTAMENTE A SU PLAN DE SALUD. TAMBIÉN PUEDE OPTAR POR COMUNICARSE CON SU PLAN DE SALUD ANTES DE LA VISITA PARA SOLICITAR UNA REVISIÓN DE BENEFICIOS PARA LOS “SERVICIOS DE MEDICINA PARA VIAJEROS”.

REVISADO Y ACEPTADO: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

