

## Formulario Médico

Por favor, escriba legiblemente y complete este formulario.

Viajero	Nombre _____ Apellido _____	
	Fecha de Nacimiento: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>día</span> <span>mes</span> <span>año</span> </div>	
	Edad : _____	Estatura : _____
	Peso: _____	
	Número de seguro médico : _____ Fecha de expiración : _____	
Dirección Permanente: _____ _____		
Alergias	<b>¡Importante! Si es alérgico a picaduras de abejas o avispas o tiene alergias severas a comestibles, por favor asegúrese de mandar por lo menos dos Epi-Pens.</b>	
	<b>Alergias a comestibles</b>	<b>Describa la reacción y el tratamiento requerido.</b>
	<b>Alergias a medicamentos</b>	<b>Describa la reacción y el tratamiento requerido.</b>
Medicament OS	Por favor, escriba todas las medicinas que toma regularmente. Traiga medicina suficiente para todo el viaje.	
	Médicina #1	Dosis/horario
	Médicina #2	Dosis/horario
	Médicina #3	Dosis/horario
Historial Médico	Por favor chequee las enfermedades que ha tenido.	
	Sarampión <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión Alemán <input type="checkbox"/>	
Paperas <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/>		