



Formulario de Emergencias

Nombre Completo:		Fecha Nacimiento	
País:		:	

En caso de Emergencia contactar a	
Nombre:	
Teléfono:	
e-Mail:	

Información Seguros	
Compañía/Póliza:	
Teléfono:	

Condición Médica	
Medicamentos de uso diario:	
Alergias:	

Autorización
Autorizo que, en caso de emergencia, me sea suministrado tratamiento médico necesario por los equipos médicos locales. Tengo seguro médico, o en su ausencia, asumiré directamente el costo de todo tratamiento.

Firma:		Fecha:	
---------------	--	---------------	--