

UNITAT D'ATENCIÓ AL VIATGER

DATA DE VISITA:

NOM.I COG.:

DATA NAIX.:

TELÈFON:

NHC: DNI: CIP:

ADREÇA:

NACIONALITAT / PAIS D'ORÍGEN :

PAÍS O PAÏSOS A VISITAR:

LLOCS A VISITAR:

☐ CIUTATS

☐ ZONES RURALS

☐

MOTIU DEL VIATGE:

☐ VACANCES:

☐ CIRCUIT ORGANITZAT PER AGÈNCIA

☐ CIRCUIT NO ORGANITZAT

☐ NO VACANCES:

☐ PROFESSIONAL

☐ COOPERACIÓ

☐ FAMILIAR

☐ ADOPCIÓ (ALTRES)

TEMPS TOTAL D'ESTADA:

DATA DEL VIATGE:

des de

fins al

ANTECEDENTS PATOLÒGICS:

AL·LÈRGIES:

REGISTRE DE VACUNACIONS :

☐ EMBARAÇ ACTUAL O INTERVENCIÓ PREVISTA PER ALS 3 MESOS SEGÜENTS AL VIATGE

☐ LACTANCIA

MEDICACIÓ ACTUAL: