



**La medicina del recorrido CUESTIONARIO
POR FAVOR IMPRIMIR**

Nombre legal del viajero:				
Sexo:		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento:
Médico de atención primaria:				
ITINERARIO				
Fecha de Salida:		Fecha de regreso:		Duración del viaje:
PROPÓSITO DE VIAJE				
<input type="checkbox"/> Negocios	<input type="checkbox"/> Campo Trabajado	<input type="checkbox"/> Reubicación	<input type="checkbox"/> Enseñanza/Estudio	<input type="checkbox"/> Misionero Trabajo
<input type="checkbox"/> Vacaciones	<input type="checkbox"/> Buceo	<input type="checkbox"/> Safari	<input type="checkbox"/> Escalada	<input type="checkbox"/> Otros
TIPO DE VIAJES				
<input type="checkbox"/> Grupo/Tour		<input type="checkbox"/> Independiente		<input type="checkbox"/> fijo Itinerario
<input type="checkbox"/> flexible Itinerario		<input type="checkbox"/> Crucero		<input type="checkbox"/> Otros
ALOJAMIENTO				
<input type="checkbox"/> Compuesto	<input type="checkbox"/> Hotel Resort	<input type="checkbox"/> Private Home	<input type="checkbox"/> Barco de Cruceros	<input type="checkbox"/> Otros
DESTINATION. Incluidas escalas aeropuerto. Lista en orden de VIAJAR:				
País	Ciudad	Duración	Urbano	Rural
HISTORIAL DE SALUD				
¿Tiene la miastenia gravis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Tiene o ha tenido, timoma o extirpación de la glándula timo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Está propensos al mareo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Tiene un Certificado Internacional de Vacunación (Tarjeta Amarilla)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Alguna vez ha desmayado o ha tenido una reacción adversa a alguna de las siguientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Picaduras de Abeja:: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Extracciones de Sangre: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene cáncer, leucemia, SIDA, artritis reumatoide, lupus u otros problemas del sistema inmunológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Toma cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cáncer o ha recibido radioterapia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha recibido una transfusión de sangre, productos sanguíneos o globina inmune en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La respuesta es sí, explique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha tenido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La respuesta es sí, explique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
MEDICAMENTOS (Mostrar todo medicamentos, incluyendo dosis)				
Prescripción		No-Prescripción		
Enumerar problema médico que tenga:				
Cirugía anterior:				
¿Tiene un historial de los siguientes:				
pesadillas: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Psoriasis: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Convulsiones/Epilepsia: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Trastornos Psiquiátricos/Depresion: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Los problemas de estómago/Colon: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Mujeres:				
Embarazada: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Embarazo Planificación dentro de los 3 meses: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Enfermería: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Yo verifico que la información anterior es completa y correcta a lo a mi leal saber:

Firma _____

Fecha _____

Traiga su tarjeta VIAJE O REGISTRO DE VACUNAS PARA SU VISITAR.