 **ESCUELA DE COMUNICACIÓN MÓNICA HERRERA**

**FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIAS**

**DE ESTUDIANTES DE INTERCAMBIO**

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE Y APELLIDO:

PASAPORTE No.:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO: E-MAIL:

**INFORMACIÓN MÉDICA**

CONTRAINDICACIONES MÉDICAS:

ALÉRGICO A MEDICAMENTOS:

OPERADO DE:

GRUPO SANGUÍNEO:

**DATOS PERSONALES CONTACTOS DIRECTOS**

NOMBRE DEL PADRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO CASA: TELÉFONO OFICINA:

TELÉFONO ALTERNATIVO CONTACTO: MÓVIL:

E-MAIL:

NOMBRE DE LA MADRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO CASA: TELÉFONO OFICINA:

TELÉFONO ALTERNATIVO CONTACTO: MÓVIL:

E-MAIL:

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

FAX:

E-MAIL:

TIPO DE SERVICIOS QUE OFRECE EL SEGURO MÉDICO, TANTO EN EMERGENCIAS COMO EN CONSULTAS, ETC.

DURACIÓN DEL SEGURO MÉDICO.

No. DE PÓLIZA No. DE AFILIACIÓN

TELÉFONO DE CONTACTO DE SERVICIO AL

CLIENTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN SU PAÍS DE ORIGEN: