High-Level Meeting on Sustainable

Transport of Landlocked Developing Countries

|  |
| --- |
| **FICHA DE INFORMACIÓN MEDICA/** MEDICAL INFORMATION SHEET |
| NOMBRES\*/NAMES | APELLIDOS\*/ LASTNAME |
|  |  |
| **( ) Mr. ( )Mrs. ( )Ms.** |
| PAIS\*/COUNTRY |
|  |
| INSTITUCIÓN\*/ INSTITUTION |
|  |
| **DIRECCIÓN DE LA** INSTITUCIÓN\*/ ADDRESS |
|  |
| CARGO\*/ POSITION  |
|  |
| IDIOMA/ LANGUAGE |
| **( x ) español ( ) ingles ( ) portugues** |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD/DOCUMENT NUMBER**  | **FECHA DE NACIMIENTO\*/ BIRTHDATE** |
|  |  |
| **NÚMERO DE PASAPORTE\*/PASSPORT NUMBER** | **FECHA EMISIÓN DE PASAPORTE\*/ISSUE DATE PASSPORT** |
|  |  |
| PAIS DE EMISIÓN DEL PASAPORTE\*/COUNTRY OF ISSUANCE OF PASSPORT |
|  |
| **TELÉFONO INSTITUCIÓN\*/ PHONE INSTITUTION** |  |
|  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL\*/ INSTITUTION EMAIL | CORREO ELECTRÓNICO PRIVADO/ PRIVATE EMAIL |
|  |  |
| **SEGURO PRIVADO DE SALUD/PRIVATE HEALTH INSURANCE** | **TIPO SANGUÍNEO / BLOOD TYPE** |
|  |  |
| RESTRICIONES ALIMENTARES\*/FOOD RESTRICTIONS | ALERGIAS\*/ ALLERGIES |
|  |  |

**Seguro de salud / Health Insurance**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ud. tiene cobertura internacional? Do you have International Coverage?  | **SÍ / YES**  | **NO** |

**Historia médica / *Medical History***

***(*Marca el correspondiente */ Please circle any that apply)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diabetes  | **SÍ / YES**  | **NO** |
| **Hipertensión / Hypertension**  | **SÍ / YES**  | **NO** |
| Enfermedad cardiovascular / Cardiovascular disease  | **SÍ / YES**  | **NO** |
| **Depresión / Depression**  | **SÍ / YES**  | **NO** |
| Desordenes alimenticios (Anorexia, bulimia) / Eating disorder (Anorexia, bulimia)  | **SÍ / YES**  | **NO** |
| **Enfermedad crónica / Chronic disease**  | **SÍ / YES**  | **NO** |
| Indicar si se está bajo tratamiento médico o tomando medicinas\* | **SÍ / YES**  | **NO** |
| **Indicate if you are undergoing medical treatment or taking prescription medicine\*\***  | **SÍ / YES**  | **NO** |
| Epilepsia u otro desorden neurológico / Epilepsy or other neurological disorder  | **SÍ / YES**  | **NO** |

\*Indica los medicamentos y adjunta fotocopia de las recetas.

*\*\*List your medications and attach photocopies of your prescriptions.*

**Por favor incluye información sobre su salud que sería relevante:**

***Please include any information regarding your health that you feel is relevant***

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DE EMBARQUE\*/ DATE OF SHIPMENT | CIUDAD DE ORIGEN PARA EL EMBARQUE\*/CITY DEPARTURE |
|  |  |
| FECHA DE REGRESO\*/DEPARTURE DATE | CIUDAD DE DESTINO\*/ DESTINATION CITY |
|  |  |