

# FORMULARIO DE PARTICIPANTES VIAJEROS



4065 Iona Street  
Titusville, Florida 32796  
[kathleenwp@ahiminc.org](mailto:kathleenwp@ahiminc.org)

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha que deseas viajar a los EE.UU. \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN

Nombre como aparece en su pasaporte:

Apellido(s) \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Dirección de su domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado o Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de identificación nacional o cédula: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Género:  Hombre  Mujer

Ocupación Actual: \_\_\_\_\_

Iglesia o denominación \_\_\_\_\_

## PASAPORTE

Numero de Pasaporte \_\_\_\_\_

País de expedición \_\_\_\_\_

Fecha de expedición \_\_\_\_\_

Fecha de expiración \_\_\_\_\_

Nombre Completo de su Padre \_\_\_\_\_

Nombre Completo de su Madre \_\_\_\_\_

Nombre Completo de su Esposa/a \_\_\_\_\_

Persona llamar en caso de Emergencia en los EEUU \_\_\_\_\_

Numero llamar en caso de Emergencia \_\_\_\_\_

Cuantas Veces has visitado los EEUU? \_\_\_\_\_

## SALUD

¿Tienes alguno problema de salud?  No  Si

Si indicaste "Si", ¿que son los problemas?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de medicamentos con receta que está tomando

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere todas sus alergias

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cualquier otra información pertinente que hay de saber para hacer su estancia más cómoda

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_