



1. IDENTIFICADOR, FECHA Y TIPO DE EMERGENCIA

ID/Referencia:	Fecha Emergencia:	Tipo emergencia:				
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">ID</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	ID	Año				
ID	Año					

2. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

<p>Nombre: <input type="text"/></p> <p>Apellido 1: <input type="text"/></p> <p>Apellido 2: <input type="text"/></p> <p>DNI: <input type="text"/></p> <p>Teléfono: <input type="text"/></p> <p>Fecha Nacimiento: <input type="text"/></p> <p>Edad: <input type="text"/></p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p>	<p>Dirección: <input type="text"/></p> <p>Municipio: <input type="text"/></p> <p>Provincia: <input type="text"/></p> <p>Idioma principal: <input type="text"/></p> <p>Otros idiomas: <input type="text"/></p>
--	--

3. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA/FAMILIAR DE CONTACTO

<p>Nombre: <input type="text"/></p> <p>Apellido 1: <input type="text"/></p> <p>Apellido 2: <input type="text"/></p> <p>DNI: <input type="text"/></p> <p>Dirección: <input type="text"/></p> <p>Teléfono: <input type="text"/></p>	
---	--

4. OTRAS CUESTIONES A DESTACAR

Vehículo:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Manutención:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Alimentación especial:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Alojamiento:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Días previsto de estancia:	<input type="text"/>	
Medicación específica:	Medicinas necesarias: <input type="text"/>	Alergias: <input type="text"/>
Otras cuestiones:	<input type="text"/>	