


INFORME MÉDICO / MEDICAL REPORT


 Nombre y apellidos / Name and Surname _____

 Fecha de nacimiento / Date of Birth _____

 Diagnóstico / Diagnosis _____

 Tipo de migraña / Type of migraine _____

 Fecha de diagnóstico de migraña / Date of migraine diagnosis _____

 Otras enfermedades / Other relevant conditions _____

 Tratamiento habitual / Usual treatment

sintomático agudo / acute symptomatic

profiláctico / preventive

Médico/Physician

Dr:

Tel:

Firma/Signatura

Por cortesía de:



GRUPO
MENARINI

www.ViajarTranquilo.com