

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido BARGAL EUGENIO

Domicilio del Titular MONROE 1028

Ciudad PERGAMINO Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI: 43297826 Teléfono 2477659815

Fecha de Nacimiento 190201

2. INFORMANTE

Madre:

Padre:

Otros(especificar): Titular

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Alejandra Blanco

Teléfono: 2477 659815

Cobertura Médica: _____

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido BELIZAN NERINA

Domicilio del Titular DEAN FUNES 1044

Ciudad PERGAMINO Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento 44591038 Teléfono 2477502917

Fecha de Nacimiento 11 12 02

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: S.

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: JULIETA CERNUDO

Domicilio del Titular: Pehuén 228

Ciudad: Pehuén 228 Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° de Documento: DNI 40769960 Teléfono: 2477362723

Fecha de Nacimiento: 01/02/98

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas: picazón de ojos, nariz, estornudos, lagrimeo en ojos
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: vacunas cada 45 días

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: tomas raíz de jesús Teléfono: 2477620889

Cobertura Médica: VISITAN (OSOETSYLRA) Teléfono: _____

N° Afiliado: 704324522301

Julieta Cernudo
Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: D. O. A. E. L. O. Y. A. N. I. L. S. I. N. Y. E. L. C. O.

Domicilio del Titular: N. I. T. R. E. S. A. L. 3. 1. 0. 0.

Ciudad: R. C. R. G. A. N. I. P. O. Provincia: B. U. C. R. O. S. A. I. R. E. S.

Tipo y N° de Documento: 4. 4. 4. 5. 4. 1. 9. 0. Teléfono: 2. 4. 7. 7. 2. 1. 0. 7. 0. 5.

Fecha de Nacimiento: 1. 1. 1. 1. 0. 2.

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*). Síntomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ESTEBAN ANTONIO GONZALEZ Teléfono: 2477357409

Cobertura Médica: _____ Teléfono: 2477347433

N° Afiliado: _____

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido FLEITAS RACELI

Domicilio del Titular SAN SALVADOR 2308

Ciudad PERGAMINO Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 95206731 Teléfono 2477663933

Fecha de Nacimiento 241202

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(* Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: FLEITAS ELVIRA Teléfono: 2477817934

Cobertura Médica: _____ Teléfono: 2477586650

N° Afiliado: _____


Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido LEANDRO MATIAS GARITAN

Domicilio del Titular MANUCCI DE LA FUENTE 184

Ciudad PERGAMINO. Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 34240771 Teléfono 2477629091

Fecha de Nacimiento 120789

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): TITULAR

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: si (cond) BCG: si SARAMPION: si TRIPLE: si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Andrea Paoltroni Teléfono: 2977(529097)

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:


Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: BAURISTAMA NSHILIA

Domicilio del Titular: ROMAN 950

Ciudad: PERGRANINO Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 49305081 Teléfono: 2477

Fecha de Nacimiento: [] [] [] [] [] []

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(* SÍNTOMAS: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MANSHILIA JUAN Teléfono: 2477615725

Cobertura Médica: NO Teléfono: _____

N° Afiliado: NO


Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: R. J. ABAZ MAGALI MONZON

Domicilio del Titular: LAS PIEDRAS 2187

Ciudad: PERGAMINO Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 50010994 Teléfono: 2477682914

Fecha de Nacimiento: 23/10/09

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 4 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MONZON VERÓNICA ANTONELA Teléfono: 2477682914

Cobertura Médica: _____ Teléfono: 2477531586

N° Afiliado: _____

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: B P U R I S T A O I G U I N

Domicilio del Titular: G U A R E M E I Z 1 9 8 6

Ciudad: P E R G A M I N O Provincia: B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento: D N I 4 9 3 6 9 3 9 7 Teléfono: 2 4 7 7 2 2 7 1 5 4

Fecha de Nacimiento: 1 2 0 9 0 9

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas: INSECTOS
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: completa BCG: completa SARAMPION: completa TRIPLE: completa

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ROHINA REYUOSO (MAMA) Teléfono: 15336573 (BUENA)

Cobertura Médica: _____ Teléfono: 15628847 (MAMA)

N° Afiliado: _____

Reyuso Rohina
Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido

CANDELA RITA PERALTA

Domicilio del Titular

FREDIAN. 940

Ciudad

PERGAMINO

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

35198885

Teléfono

3412759890

Fecha de Nacimiento

141091

2. INFORMANTE

Madre:

Padre:

Otros(especificar):

ADULTO

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO

Cual? HIPOTIROIDISMO

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?

SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente?

SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico?

SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente?

SI NO

Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física?

SI NO

Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:

3

BCG:

2

SARAMPION:

2

TRIPLE:

5

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

TINNIRELO ADRIANA

Teléfono:

2477-331880

Cobertura Médica:

OSUNR

Teléfono:

0810-345-0413

N° Afiliado:

0035198885

Firma



Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: G. S. R. I. S. E. A. N. A. H. P. : F. R. A. P. E. L. I. I. I.

Domicilio del Titular: M. A. G. A. Z. L. A. N. E. S. 1. 3. 4. 6.

Ciudad: P. e. r. g. a. m. i. n. o. Provincia: B. U. E. N. O. S. A. I. R. E. S.

Tipo y N° de Documento: D. N. I. 4. 3. 7. 4. 5. 2. 5. 5. Teléfono: 2. 4. 7. 7. 3. 1. 4. 4. 0. 7.

Fecha de Nacimiento: 2. 7. / 1. 1. / 0. 1.

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): TUTORA

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas: ALERGIJA A HORMIGAS
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: _____ TRIPLE: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Monzon Monica Teléfono: 2477314407

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Turismo Social

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: VALLERIE VARELA

Domicilio del Titular: SANTA CRUZ ACBS

Ciudad: PERSAMANO Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° de Documento: 22144591168 Teléfono: 2477229062

Fecha de Nacimiento: 12/02/03

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): LA MISMA JOVEN

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? ASMA

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: ASMA

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LILIANA GONZALEZ

Teléfono: 2477653294

Cobertura Médica: _____

Teléfono: 2477626348

N° Afiliado: _____



Firma

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido ORIANA EVELYN VALIENTE

Domicilio del Titular ALBERDI 1942

Ciudad PERGAMINO Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento 44932655 Teléfono 444093

Fecha de Nacimiento 09052003

2. INFORMANTE

Madre: SI Padre: SI Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LIZIANA MEWA

Teléfono: 2477617933

Cobertura Médica: PAMI -

Teléfono:

N° Afiliado: -

ORIANA VALIENTE
Firma