# DECLARACION JURADA Ficha Médica

### Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS							
Nombre y Apellido n e l s o n R i o s C a r d o z o l l l l l s							
Domicilio del Titular R   i   v   a   d   a   v   i   a     4   4   1   D   t   o   2   1   p   i   s   o							
Ciudad T a n d i l Provincia B s A s							
Tipo y N° de Documento D N I 3 3 1 9 9 0 7 3 Teléfono 2 4 9 4 6 1 6 0 8 9							
Fecha de Nacimiento 0 3 0 6 8 8							
2. INFORMANTE Titular x Padre/Madre: Otros(especificar):							
ANTECEDENTES     3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?							
SI NOx Cual?							
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO x							
Causa:							
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO x							
(*) Síntomas:							
Recibe Tratamiento permanente? SI NOx							
4. TRATAMIENTOS							
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NOx							
Especificar:							
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:							
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NOx Cuál:							
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)							
SABIN: x BCG: x SARAMPION: x TRIPLE: x COVID: x							
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:							
Nombre y Apellido: Manuel Perco Teléfono: 2494652063							
Cobertura Médica: IOMA Teléfono:							
N° Afiliado: 1331990738/00							
Firma							

# DECLARACION JURADA Ficha Médica

### Ministerio de Turismo y Deportes Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS								
Nombre y Apellido F a c u n d o E m a n u e I B e n t a n c o u r t								
Domicilio del Titular R e m e d i o s d e e s c a l a d a nº 1 6 3 6								
Ciudad G u e r n i c a Provincia B s A s								
Tipo y N° de Documento D N I 3 0 0 3 7 5 0 0 Teléfono 1 1 3 6 0 0 7 9 4 7								
Fecha de Nacimiento 0 4 0 1 8 3								
2. INFORMANTE Titular x Padre/Madre: Otros(especificar):								
3. ANTECEDENTES 3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?  SI NOx Cual?								
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NOx								
Causa:								
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO[x]								
(*) Síntomas:								
Recibe Tratamiento permanente? SI NO x								
4. TRATAMIENTOS 4.1. Recibe tratamiento médico? SI NOx								
Especificar:								
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO x Especificar:								
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NOx Cuál:								
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)								
SABIN: x BCG: x SARAMPION: x TRIPLE: x COVID: x								
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:								
Nombre y Apellido: Veronica Beatriz Gomez Teléfono: 1137850281								
Cobertura Médica: Teléfono:								
N° Afiliado:								
Firma								

# **Turismo Social**

Institución	CENS 451. Villa Cacique Barker		Mes	Año
			1 1	2 2
		_		
		le registro		

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
Facundo Bentancourt	30.037.500	4/1/1983	Remedios de escalada 1636.		
Nelson Alberto Rios Cardozo	33.199.073	3/6/1988	Rivadavia 441 Dto 2 1° piso	2494616089	