

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	l	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	n	o	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 Padre/Madre: 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: 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