

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido
Domicilio del Titular
Ciudad Provincia
Tipo y N° de Documento Teléfono
Fecha de Nacimiento

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: Manuel Perco Teléfono: 2494652063

Cobertura Médica: IOMA Teléfono:

N° Afiliado: 1331990738/00

Firma