



DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ROBERTO ESTEBAN GOMEZ  
Domicilio del Titular: LUGONES 786  
Ciudad: MAR DE AJÓ Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DN 121462008 Teléfono: 2257666298  
Fecha de Nacimiento: 17/12/69

2. INFORMANTE

Titular:  Padre/Madre:  Otros(especificar): Docente

3. ANTECEDENTES

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

SI  NO  Cual? Presión arterial -

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

Causa: OPERACIÓN DE HERNIA / OPERACIÓN CATARATAS 2022  
2018

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: CATARATAS (AMBOS OJOS)

4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Todas BCG: Todos SARAMPION: Todos TRIPLE: Todos COVID: 5 (cinco)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: TERRAZA Irma Beatriz Teléfono: 2257-666888 / 630333

Cobertura Médica: IOMA Teléfono:

N° Afiliado: 1214620080/00

Firma

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

**Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social**

Lugar y Fecha: MAR DE AJÓ 25/10/2022.

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALVARO CANDELA. a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística \_\_\_\_\_, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras ./ es \_\_\_\_\_ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ANDREA PERALTA.

Domicilio: MONTEVIDEO 1112

Localidad: MAR DE AJÓ.

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: DNI 25 188 346.

Teléfono: (2257) 600698.

Fecha de nacimiento el/la menor: 09/02/2005.

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46.354111.

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION  
JURADA  
Autorización Viaje  
Internacional

I. DATOS

Nombre y Apellido: CANDELANICOLE ALVARAZ  
Domicilio del Titular: MONTEVIDEO 1112  
Ciudad: MAR DE AJÓ Provincia: BS AS  
Tipo y N° de Documento: DN 246354111 Teléfono: 2257652435  
Fecha de Nacimiento: 09/02/06

II. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar):

III. 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

IV. TRATAMIENTOS

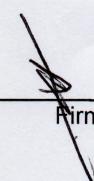
4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar:   
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar:   
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál:

V. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 3 TRIPLE: 5 COVID: 2

VI. EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ANDREA REVOLTA Teléfono: 2257-60098  
Cobertura Médica: OSBEDYC Teléfono:   
N° Afiliado: 28342105/03

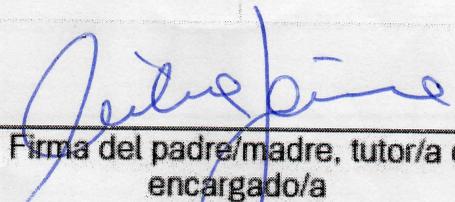
  
Firma

<b>Ministerio de Turismo y Deportes de la Nación</b> <b>Dirección Nacional de Turismo Social</b>	<b>DECLARACION JURADA</b> <b>Autorización viaje menores</b>	
	Lugar y Fecha: _____	

Señor  
 Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BUSTOS BRENDA MORENA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística \_\_\_\_\_, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:	
Fecha de ingreso:	
	 Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a
	Aclaración: <u>Cecilia Jaime</u>
	Domicilio: <u>COLLA MORLES YSP</u>
	Localidad: <u>MAN DE AJO</u>
	Provincia: <u>BS. AS</u>
	Tipo y N° doc: <u>DNI: 23.328.733</u>
	Teléfono: <u>2257 (66 8366)</u>
	Fecha de nacimiento el/la menor: <u>01 ENERO 2005</u>
	Tipo y N° documento el /la menor: <u>DNI: 46264 221</u>

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido **BUSTOS BRENDA MORGANA**  
Domicilio del Titular **DIAG CO RREA MORALES ASA**  
Ciudad  Provincia **BUENOS AIRES**  
Tipo y N° de Documento **DNI 4676971** Teléfono **2257528651**  
Fecha de Nacimiento **010105**

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  Cuát:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:  BCG:  SARAMPION:  TRIPLE:  COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: **CECILIA JAIME** Teléfono: **2257668266**  
Cobertura Médica: **IOMA** Teléfono:   
N° Afiliado: **23328733902**

**[Firma]**  
Firma

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

Lugar y Fecha: MAR de AJO 25/10/2022

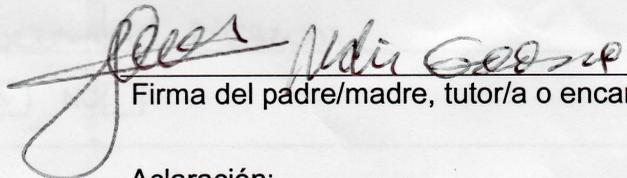
Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a GAUNA LARA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística \_\_\_\_\_, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras ./ es \_\_\_\_\_ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

  
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: \_\_\_\_\_

Domicilio: USHUAIA 1410

Localidad: MAR DE AJO

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 30.680.242 DNI

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento el/la menor: 28/04/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46556809

1. DATOS

Nombre y Apellido: EDUANA LARA AGOSTINA

Domicilio del Titular: USHUAIA 1410

Ciudad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 46556899 Teléfono: 2257 635382  
*DNI*

Fecha de Nacimiento: 28/04/2005

2. INFORMANTE

Titular  Padre/Madre:  Otros(especificar): .....

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: estornudos, mucosidad, picazon

Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar: PAF FRIA

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

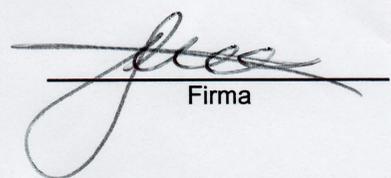
SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GAONA NIDIA BEATRIZ Teléfono: 2257 667403

Cobertura Médica: LOMA Teléfono: 2257 667544

N° Afiliado: 2306802425/02

  
Firma

Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Oyeda Milzgrus a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística \_\_\_\_\_, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es

que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Elizabeth Iglesias

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Elizabeth Iglesias

Domicilio: Montevideo 1221

Localidad: Mar de Ajo

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 22781237

Teléfono: 1139018015

Fecha de nacimiento el/la menor: 6/5/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 466330PS

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: M I C A G R O S M A R I N A O Y E D A  
Domicilio del Titular: M O N T E V I D E O I Z Z I  
Ciudad: M A R D E A J O Provincia: B S A S  
Tipo y N° de Documento: P N R 4 6 6 3 3 0 R S Teléfono: 1 1 3 9 0 1 2 0 1 5  
Fecha de Nacimiento: 6 0 5 0 5

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   
(\* Sintomas:   
Recibe Tratamiento permanente? SI  NO

4. TRATAMIENTOS

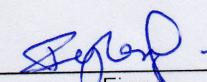
4.1. Recibe tratamiento médico? SI  NO   
Especificar:   
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI  NO  Especificar:   
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Elizabeth Iglesias Teléfono: 1139012015 (MAMÁ)  
Cobertura Médica: Hospital Mar de Ajo Teléfono:  
N° Afiliado:

  
Firma

Ministerio de Turismo y  
Deportes de la Nación  
Dirección Nacional de  
Turismo Social

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a VARELA FIORELA A. a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística \_\_\_\_\_, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras ./ es

que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: \_\_\_\_\_

Domicilio: ASCASUBI 645

Localidad: Mar de Ajo

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 27685175

Teléfono: 2257 538686

Fecha de nacimiento el/la menor: 17/06/05

Tipo y N° documento el /la menor: 46556911