

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: GIULIANA BELEN VARGAS
Domicilio del Titular: GIBALTA 5433
Ciudad: I. CASANOVA Provincia: BS. AS.
Tipo y N° de Documento: 44006489 Teléfono: 1164123150
Fecha de Nacimiento: 130202

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

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: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIA VARGAS Teléfono: 1166630374
Cobertura Médica: OSPACP Teléfono: ---
N° Afiliado: ---

VARGAS
Firma