

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: DANIELA M S OJENCA
Domicilio del Titular: LOS ANDES 2673
Ciudad: CASANOVA Provincia: BS. AS.
Tipo y N° de Documento: 36073996 Teléfono: 1530241199
Fecha de Nacimiento: 151292

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: COLESTIRAMINA 5 mg (tratamiento medicamentoso)
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: OPERACIÓN DE VESÍCULA
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GRACIELA BAYONA Teléfono: 4485-6952
Cobertura Médica: _____ Teléfono: 1530174220
N° Afiliado: _____

Daniela
Firma