

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MELINA B. HERNANDEZ
Domicilio del Titular: TRILUNIVIRATO 2352
Ciudad: V. LOZURILAGA Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 91227333 Teléfono: 1136756379
Fecha de Nacimiento: 171998

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: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: STELLA SORGE Teléfono: 1136756379
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:


Firma