

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: PERALTA IARA MARIA  
Domicilio del Titular: ADOLFO BERO CABA 45  
Ciudad: BUENOS AIRES Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: 46195726 Teléfono: 1127938042  
Fecha de Nacimiento: 23/12/2004

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: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: Si (3 Dosis)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: PERALTA MARIO Teléfono: 1127136332  
Cobertura Médica: (OCLICA) CAMIONERO Teléfono: .....  
N° Afiliado: 202329/02

IARA PERALTA  
Firma