

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: AVALLOS VALENTE, Ma  
Domicilio del Titular: Barriada 5235  
Ciudad: San Pedro de las Flores Provincia: BUZUNO A. RES  
Tipo y N° de Documento: 46443776 Teléfono: 1168265193  
Fecha de Nacimiento: 220905

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: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Margarita Nonzo Teléfono: 1166408487  
Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: Margarita Nonzo States  
Firma