

Datos del Viaje	Opción 1	Opción 2
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento:		
Fecha de Ingreso:		
Referencia:		

seleccionar
seleccionar



Ministerio de Turismo y Deportes
Argentina

TURISMO SOCIAL

entidad que autoriza y otorga el pasaje social

TARIFAS

El transporte corre por cuenta de las personas interesadas. La recepción del trámite no asegura la obtención de las plazas, tampoco se anticipa reservas.

El primer integrante de la planilla se considera como el titular de la reserva

N°	N° de Documento	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tarifa * (seleccionar)	Motivo * (seleccionar)	Observaciones	Tipo de discapacidad (Solo en caso de cargar motivo Discapacidad)	Sexo
1	47400872	FONAMEL	LAUTARO	28/5/06	Sin cargo	no completar	no completa	no completa	Masculino
2	27150422	PRASSER	DANIEL	22/3/79	Sin cargo				MASC
3	49760488	LEGUIZA	JOAQUIN	23/1/09	Sin cargo				MASC
4	42088444	RIVERA	PABLO	19/11/05	Sin cargo				MASC
5	26120124	MISPIL	VIVIANA	14/8/76	Sin cargo				FEM
6	45221766	CANETE	GABRIEL	14/2/03	Sin cargo				MASC
7	40857458	VINALES	JULIETA	10/12/93	Sin cargo				FEM
8	48760708	SALDANA	SAMANA	21/3/08	Sin cargo				FEM
9	24434411	GONZALEZ	PATRICIA	23/2/74	Sin cargo				FEM
10					Sin cargo				
11					Sin cargo				
12					Sin cargo				
13					Sin cargo				
14					Sin cargo				
15					Sin cargo				

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: VIVIANA MISPIL
 Domicilio del Titular: VETERANE 1884
 Ciudad: COMAS FORTANON Provincia: BUENOS AIRES
 Tipo y N° de Documento: 26120124 Teléfono: 11 8977 0900
 Fecha de Nacimiento: 14/8/76

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____
 Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
 N° Afiliado: _____
 Firma:

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: SAMANA SALDANA
 Domicilio del Titular: CAJUE 819 NP 2630
 Ciudad: QUILMES Provincia: B. A.
 Tipo y N° de Documento: 48164708 Teléfono: _____
 Fecha de Nacimiento: 21/3/08

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____
 Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
 N° Afiliado: _____
 Firma: SAMANA SALDANA

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido
Domicilio del Titular
Ciudad Provincia
Tipo y N° de Documento Teléfono
Fecha de Nacimiento

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 _____ Teléfono: _____
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____
PABLO
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1 DATOS

Nombre y Apellido GABRIEL CANETE

Domicilio del Titular ESPANVEDA 1879

Ciudad INOBUDEE Provincia BSIAS

Tipo y N° de Documento 45 221 765 Teléfono

Fecha de Nacimiento 14 12 03

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 _____ Teléfono _____

Cobertura Médica _____ Teléfono _____

N° Afiliado _____


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido JOAQUIN VEGUIZA
Domicilio del Titular BAN LOCHKE 2778
Ciudad LOMAS DE ZANON Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 49 AGO 485 Teléfono _____
Fecha de Nacimiento 23/11/09

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN BCG SARAMPION TRIPLE COVID

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica _____ Teléfono: _____

N° Afiliado _____

JOAQUIN
Firma

1. DATOS

Nombre y Apellido J. JUAREZ VINTALES
Domicilio del Titular N. D. ESTUADA 668
Ciudad LOMAS Z Provincia DS AS
Tipo y N° de Documento 40 857 458 Teléfono _____
Fecha de Nacimiento 10/11/93

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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)


SABIN: / BCG: / SARAMPION: / TRIPLE: / COVID: /

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica _____ Teléfono: _____

N° Afiliado _____


Firma

1. DATOS

Nombre y Apellido LAUTARO FERNANDEZ

Domicilio del Titular POYAZAN 1700

Ciudad POMPEY Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento 47 400 872 Teléfono 11 66 14 21 83

Fecha de Nacimiento 28/05/06

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 _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica _____ Teléfono: _____

N° Afiliado _____


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Comisión Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido DANIEL PRASSEL
Domicilio del Titular FORMOSA 751
Ciudad LONAS DE SAN JUAN Provincia BS AIRES
Tipo y N° de Documento 27 / SO - 4122 Teléfono 11 4024 7818
Fecha de Nacimiento 22 / 03 / 79

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)

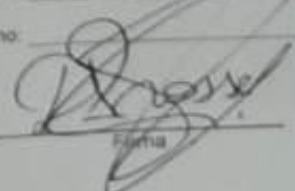
SABIN BCG SARAMPION TRIPLE COVID

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido ALEXANDRA HOMERA

Teléfono 11 303 2061

Cobertura Médica: _____

Teléfono: _____

Firma

N° Afiliado: _____

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido PATRICIA MILIA GONZALEZ

Domicilio del Titular BALTAZAN B1082

Ciudad TERNI PENUEY Provincia BISAS

Tipo y N° de Documento 24434411 Teléfono 1131640637

Fecha de Nacimiento 23/2/74

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: _____

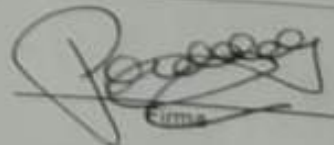
4.3 Presenta alguna limitación física? SI NO Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN BCG SARAMPION TRIPLE COVID

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____


Firma