

Datos del Viaje	Opción 1	Opción 2
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento	5/6/3	5/6/3
Fecha de Ingreso:	21/11/2023	11/11/2023

seleccionar
seleccionar



Ministerio de Turismo y Deportes
Argentina

CSOCIAL
ismoydeportes/social

Referencia:
en caso de haber sido indicado

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	49627107	Traylor	Tomás	26/06/09	Sin cargo	no completar		no completa	Masculino FEBUINO
2	48946133	Fracomynge	Uma	26/06/08	Sin cargo				FEBUINO
3	4352738	HELEGARI	MARIA BELEN	24/01/05	Sin cargo				FEBUINO
4	48246088	MALPARTEON	ANTONELLA	21/09/07	Sin cargo				FEBUINO
5	48590237	MARUCCI	LIVIA	15/3/08	Sin cargo				MASCULINO
6	48340516	Zalazar	Nicole	21/18/07	Sin cargo				FEBUINO
7	47873339	DI LEVA	LUCIANA	11/9/07	Sin cargo				FEBUINO
8	4844444	CRUZ	PABLO	01/01/08	Sin cargo				MASCULINO
9	4958057	PIGONANTONIO	SHEILA	09/07/07	Sin cargo				FEBUINO
10					Sin cargo				
11					Sin cargo				
12					Sin cargo				
13					Sin cargo				
14					Sin cargo				
15					Sin cargo				

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido SHEILA DIGION ANTONIO
Domicilio del Titular BLAS PAREIRA 1137
Ciudad FLORIDA Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 47958057 Teléfono 1130380306
Fecha de Nacimiento 090403

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: Vesícula

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Todas BCG: todas SARAMPION: todas TRIPLE: Todas COVID: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Sabmé Inzunza
Cobertura Médica: -
N° Afiliado: -

Teléfono: 113038-0306
Teléfono: -


Firma

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

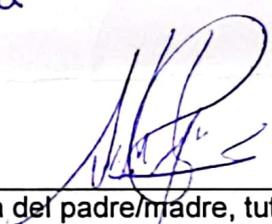
Lugar y Fecha: CABA - 6 11/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Sheila DiGiomantonio a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras ./: es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Colegio N° 8 Julio A. Roca

Fecha de ingreso: 11/11/23


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Salomé Inzunza

Domicilio: Blas Parera 1137

Localidad: Florida

Provincia: Bs As.

Tipo y N° doc: DNI: 31.494.651

Teléfono: 11 3038-0306.

Fecha de nacimiento el/la menor: 09/04/07

Tipo y N° documento el /la menor: DNI: 47.958.057.

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 02/NOVIEMBRE/20

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a JOAQUIN MARCUCCI a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística DE CHAPADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es NADIA HAZUR Y MIGUEL EIBSZYC que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Julio A. Roca

Fecha de ingreso: 11/11/2023


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: GLADYS

Domicilio: FRAGA 1612

Localidad: CABA

Provincia: BS-AS.

Tipo y N° doc: DNI 27-202453

Teléfono: 1154771503

Fecha de nacimiento el/la menor: 15/03/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48590277

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: JOAQUIN ANIEL MANCUEC
Domicilio del Titular: FRAGA 1612
Ciudad: CABA Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 40590277 Teléfono: 1730678815
Fecha de Nacimiento: 150308

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: MADRE Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? TDAH

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas: PESCADO (SG BROTA)
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: TOMA ARIPI: PRAZOL 5 mg. c/ 12 Hs.

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: TODA BCG: TODA SARAMPION: TODA TRIPLE: TODA COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GLADYS CABALLERO
Cobertura Médica: ANDAR
N° Afiliado: 20.48590277-6

Teléfono: 1554771503
Teléfono: 4854-4253
Firma

2204210

andar
Te hace bien

FECHA **13/04/2023**

La Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina
certifica que **GLADYS EDITH CABALLERO**
Documento N°: **27202453**
Se encuentra afiliada a esta Obra Social bajo el N°: **27272024532**

Red: **ANDAR**
Plan: **PLUS**
Tipo de Afiliado:
DEP. GANANCIA PLAN

Familiares a cargo

HIZO/A CON DISCAPACIDAD **JOAQUIN ARIEL MARCUCCI**
N° Afiliado: **20485902776** **ANDAR**

A los fines que pudiere corresponder, se extiende esta constancia. VALIDA HASTA **11/05/2024**
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS **0800-345-26327**

Ariel Ricci
COORDINADOR
ATENCIÓN AL BENEFICIARIO - O.S.V.V.R.A.
FIRMA RESPONSABLE OBRA SOCIAL

O.S.V.V.R.A.
Obra Social de Viajantes Vendedores
de la República Argentina
R.N.O.S. 1-2210-4

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

☎ 0800-345-26327 🌐 www.andar.org.ar 📱 @andarbrasocial 🌐 Mundo Viajante
Superintendencia de Servicios de Salud - 0800 222 SALUD (725831) - www.sssalud.gob.ar - RNOS 1-2210-4 RNEMP 1252

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

Lugar y Fecha: 6/11 B.A.

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Umo Franzese a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chopadmoles 5, 6 y 7 permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es NADIA MAZUR Y MIGUEL EIBUSZYC que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: JULIO A. ROCA N° 8 DE .10

Fecha de ingreso: 11/11/23

Mauricio

Firma del padre/madre, tutor/a o
encargado/a

Aclaración: Helena Foriano

Domicilio: Morete 957

Localidad: EABA

Provincia: BSAS.

Tipo y N° doc: DNI 27779948.

Teléfono: (11) 6225-5151

Fecha de nacimiento el/la menor: 26/06/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48946133

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido UMA FRANZESE
Domicilio del Titular MORLOTE 957
Ciudad CABA Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DNI 48946133 Teléfono 1132876916
Fecha de Nacimiento 260608

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: Helena Soriano Teléfono: (11) 6225-5451
Cobertura Médica: VIA SANO SALUD Teléfono: _____
N° Afiliado: 27-48946133-7

[Firma]
Firma

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: BAS, 06/11/2023

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Micaela Zalazar a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística 5,6 y 7 de Chapadmalal permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(as) Nadia Majur y Miguel Eibuszyk que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Julio A. Roca N8 D.E. 10

Fecha de ingreso: sábado 11/11/2023


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Fabiana I. Benitez

Domicilio: Cuba 2627, 2B

Localidad: CABA

Provincia: -

Tipo y N° doc: DNI 30361977

Teléfono: 1168840227

Fecha de nacimiento el/la menor: 24/08/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48340516

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

Lugar y Fecha: Buenos Aires
~~BABA~~ 6/11/2023

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a LUCIANA SOL DI LEVA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMALAL (5,6,7), permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras ./ es NADIA MAZUR Y MIGUEL EIBUSZYC que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: COLEGIO J.A. ROCA N°8 D.E N°10

Fecha de ingreso: SABADO 11/11/23

[Firma]
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a
Aclaración: MARCELA LAURA RUIZ
Domicilio: SIMBRON 2969 dpto 3
Localidad: CABA
Provincia: _____
Tipo y N° doc: DNI 22049083
Teléfono: 113190-4874
Fecha de nacimiento el/la menor: 11/09/2007
Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47.873.339

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LOUCIANA SOL D I LEVA
Domicilio del Titular SIMBRON 2969 P B DEPTO 3 CABA
Ciudad CABA Provincia B S A S
Tipo y N° de Documento D N I 4 7 8 7 3 3 3 9 Teléfono 1 1 3 1 9 0 4 8 7 4
Fecha de Nacimiento 1 1 0 9 0 7

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) VACUNACIÓN COMPLETA

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARCELA LAURA RUIZ Teléfono: 1131904874
Cobertura Médica: - - - Teléfono:
N° Afiliado: - - -

[Firma]
Firma

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 06-11-23 Bs. As.

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Antonella B. Halperin^{Flores} a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística 5-6-7, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. NADIA MAZUR. y Miguel EIBUSAYE que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Colegio LA ROCA N° 8, DE. 10.

Fecha de ingreso: 11 NOV - 2023.

[Firma]

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Maricela Flores.

Domicilio: Virrey Ologuer y Felio. 48.

Localidad: MUNRO

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 98038122.

Teléfono: 1155947490

Fecha de nacimiento el/la menor: 21/09/2007.

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48246086.

1. DATOS

Nombre y Apellido ANTONELLA BO MALPARTIDA FLORES
Domicilio del Titular VIRREY OLAGUER Y FELLU 4304
Ciudad MUNRO Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DN 140246086 Teléfono 1132568105
Fecha de Nacimiento 21 09 07

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Ana Flores Carhuas Teléfono: 1155947490
Cobertura Médica: OSFAC Teléfono: 08109990101
N° Afiliado: 48246086


Firma

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 1/11/23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Nicolas Henley ^{MORENO} a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHADADMALAC 567, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es NADIA MAZUR y Miguel Ezbisz C que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Esc. Julia A Rocca

Fecha de ingreso: 11/11/2023

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: MORENO Cecilia

Domicilio: QUIROS 3040

Localidad: CABA

Provincia: CABA

Tipo y N° doc: 24194716

Teléfono: 1152007874

Fecha de nacimiento el/la menor: 26-06-2009

Tipo y N° documento el /la menor: DN 49627209

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: CABA 2/11/2023

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a CAUZ PABLO a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística S, G Y Z, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es MPWR NADIA Y EIBUSZYC, MIGUEL que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

COLEGIO JULIO A ROCA N° 8 DE 10

Fecha de ingreso:

SÁBADO 11/11/2023


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ALEGANDRA CHAZQUEZ

Domicilio: BARZANO 1293

Localidad: CABA

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: 30114712 (DNI)

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento el/la menor: 01/01/08

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48041447



CRUZ PABLO ELIAS

Afiliado: 20266748494/02

Documento N°: 48041447

Plan: PYME 2000

Fecha de inicio: 01 05 2021

OSDEPYM

1. DATOS

Nombre y Apellido: P A B L O C L I A S C R O Z
Domicilio del Titular: B A R Z A N O 1 2 4 3
Ciudad: C O B A Provincia: B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento: D N S 9 8 0 4 1 4 4 7 Teléfono: 1 1 3 0 1 8 2 0 3 2
Fecha de Nacimiento: 0 1 0 1 0 8

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: NO ALGUNA - ALERGIAS
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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: A

Nombre y Apellido: DIEMOND VAZQUEZ Teléfono: 1130182032

Cobertura Médica: OSDEPH Teléfono:

N° Afiliado: 20-266748494/02

WALTER CRUZ 1130182032

[Firma]
Firma

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

Lugar y Fecha: 06 NOVEMBER 2023 -

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MELEGNRI MARID BELEN a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPADMALAL - S.67., permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es NADIA M. AZUR. - MIGUEL GIBUSAYG que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

COLEGIO JULIO A. ROCA N° 8 210.

Fecha de ingreso:

11-11-2023.

PASCUAL LUIS ROYANO
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: PASCUAL LUIS ROYANO

Domicilio: AMENABAR. 24PO 3° C.

Localidad: C. N. B. N.

Provincia: 23 704 673. DNE.

Tipo y N° doc: 1130967886.

Teléfono: 24/10/2006

Fecha de nacimiento el/la menor: DNE. 47 572-238.

Tipo y N° documento el /la menor: _____

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARINABELLEWHELEBAR
Domicilio del Titular: AMEWABAR 24P. 3C.
Ciudad: CABA. Provincia: B.S.A.S.
Tipo y N° de Documento: 47 572 738 Teléfono: 11 309 67886
Fecha de Nacimiento: 24/10/2008

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? HIPOTIROIDISMO
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: LEOTIROXINA - 125 mg. DIARIO
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: CINCO

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Palcoi Lara Reynard
Cobertura Médica: SALCOE SALCOE, 1000 B.
N° Afiliado: 1547165 102-

Teléfono: 11 309 67886
Teléfono: _____


Firma: Palcoi Lara Reynard



SanCorSalud

Medicina Privada

HELEGARI MARIA BELEN

VIGENCIA
DESDE

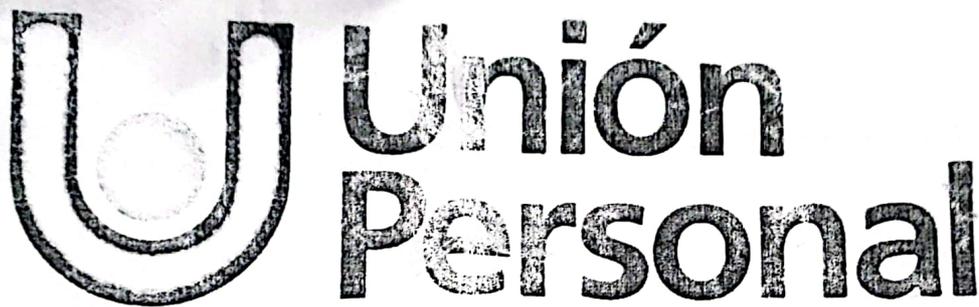
02/23 HASTA

02/33

NO GRAT

1547165/02 SANCOR 1000 B

FCIA 40



Obra Social de la Unión del
Personal Civil de la Nación

00502020 01 5

HERLEY MORENO NICOLE AYELEN

28 PLAN:0002

Scanned with CamScanner

Esta credencial es personal e intransferible. Su uso por terceros está penado por la Ley.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 0-810 -444-1122

U Unión Personal
Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación.

De encontrar esta credencial se ruega remitir a:
Tucumán 949 - Ciudad de Buenos Aires - (C1049AAS)
0810-888-8646 - www.unionpersonal.com.ar

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control - 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar

81-10514
alcard 75307-18

Scanned with CamScanner