REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname
AGUERO OLMEDO

Nombre / Name
BRANDON STEFANO

Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: C

Fecha de nacimiento / Date of birth
25 JUN/ JUN 1998

Fecha de emisión / Date of issue
09 AGO/ AUG 2017

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
09 AGO/ AUG 2032

Documento / Document
45.296.800

Trámite Nº / Of. ident.
00508340634
7352

DOMICILIO: SENILLOSA 662 - TEMPERLEY - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Lic.D.Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

CUIL: 20-45296800-3

PULGAR

IDARG45296800<4<<<<<<<<<<<<<<<
9806250M3208092ARG<<<<<<<<<<<6
AGUERO<OLMEDO<<BRANDON<STEFANO

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname
BLUM MACIAS

Nombre / Name
SARA

Sexo / Sex: F
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: A

Fecha de nacimiento / Date of birth
06 JUL/ JUL 2003

Fecha de emisión / Date of issue
27 JUL/ JUL 2018

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
27 JUL/ JUL 2033

Documento / Document
45.191.358

Trámite Nº / Of. ident.
00556806639
7352

DOMICILIO: J. ROSSO 15 PB 2 - TEMPERLEY - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Lic.D.Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

CUIL: 27-45191358-7

PULGAR

IDARG45191358<2<<<<<<<<<<<<<<<
0307064F3307272ARG<<<<<<<<<<<2
BLUM<MACIAS<<SARA<<<<<<<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
CATA

Nombre / Name
BRIAN EXEQUIEL

Sexo / Sex: M
Nacionalidad/ Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: C

Fecha de nacimiento/ Date of birth
13 ENE/ JAN 1995

Fecha de emisión / Date of issue
09 NOV/ NOV 2022

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
09 NOV/ NOV 2037

Documento / Document
38.880.358

Tramite No/ Of. ident.
00696683622
7006

DOMICILIO GANDHI 612 TEMPERLEY LOMAS DE ZAMORA BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO -

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

IDARG38880358<1<<<<<<<<<<<<<<<
9501131M3711099ARG<<<<<<<<<<<0
CATA<<BRIAN<EXEQUIEL<<<<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
GONZÁLEZ

Nombre / Name
AGUSTINA CELESTE

Sexo / Sex: F
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: C

Fecha de nacimiento / Date of birth
05 JUL/ JUL 1999

Fecha de emisión / Date of issue
31 MAY/ MAY 2022

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
31 MAY/ MAY 2037

Documento / Document
42.043.430

Trámite Nº / Of. ident.
00689331042
9727

DOMICILIO: CARLOS TEJEDOR 67 - TEMPERLEY - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 27-42043430-3

HUELLA DACTILAR

IDARG42043430<6<<<<<<<<<<<<<<<
9907054F3705317ARG<<<<<<<<<<<0
GONZALEZ<<AGUSTINA<CELESTE<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
GONZALEZ

Nombre / Name
LUCAS MARIANO

Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: B

Fecha de nacimiento / Date of birth
10 MAY/ MAY 2004

Fecha de emisión / Date of issue
19 FEB/ FEB 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry
19 FEB/ FEB 2036

Documento / Document
45.895.910

Trámite Nº / Of. ident.
00649680049
7645

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

DOMICILIO: EL CARDENAL 2575 Bº SAN JOSE - TEMPERLEY
LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 20-45895910-3

PULGAR

IDARG45895910<5<<<<<<<<<<<<<<<
0405100M3602195ARG<<<<<<<<<<<6
GONZALEZ<<LUCAS<MARIANO<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
MARASTONI

Nombre / Name
DALMA MORENA

Sexo / Sex: F
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: B

Fecha de nacimiento / Date of birth
21 ABR/ APR 2004

Fecha de emisión / Date of issue
03 AGO/ AUG 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry
03 AGO/ AUG 2036

Documento / Document
46.104.703

Trámite Nº / Of. ident.
00668911051
9699

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

DOMICILIO: EL HORNERO 1162 - SAN JOSÉ - ALMIRANTE BROWN - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 27-46104703-9

PULGAR

IDARG46104703<5<<<<<<<<<<<<<<<
0404217F3608038ARG<<<<<<<<<<<6
MARASTONI<<DALMA<MORENA<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname
MARASTONI

Nombre / Name
EROS ANDREA

Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: C

Fecha de nacimiento / Date of birth
17 MAR/ MAR 1999

Fecha de emisión / Date of issue
24 ENE/ JAN 2019

Fecha de vencimiento / Date of expiry
24 ENE/ JAN 2034

Documento / Document
41.855.832

Trámite Nº / Of. ident.
00579659595
7352

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

DOMICILIO: ORURO 929 SAN JOSÉ - TEMPERLEY - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Lic. Rogelio Frigerio
Ministro de Interior, O. Pub. y Vivienda

CUIL: 20-41855832-7

PULGAR

IDARG41855832<4<<<<<<<<<<<<<<<
9903171M3401240ARG<<<<<<<<<<<8
MARASTONI<<EROS<ANDREA<<<<<<<<

MIERES

LEANDRO EZEQUIEL

Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: A

Fecha de nacimiento / Date of birth
08 ENE/ JAN 2004

Fecha de emisión / Date of issue
26 ENE/ JAN 2020

Fecha de vencimiento / Date of expiry
26 ENE/ JAN 2035

Documento / Document
45.543.844

DOMICILIO: PABLO CAMARERO 113 - VILLA FIORITO - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES

CUIL: 20-45543844-7

PULGAR

IDARG45543844<3<<<<<<<<<<<<<<<
0401087M3501265ARG<<<<<<<<<<<4
MIERES<<LEANDRO<EZEQUIEL<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname: MARASTONI
Nombre / Name: MAXIMO SANTINO
Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: A
Fecha de nacimiento / Date of birth: 06 NOV/ NOV 2009
Fecha de emisión / Date of issue: 09 MAR/ MAR 2017
Fecha de vencimiento / Date of expiry: 06 NOV/ NOV 2024
Documento / Document: 49.588.172
Trámite Nº / Of. ident.: 00482438471 7010
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

DOMICILIO: EL HORNERO 1162 - SAN JOSÉ - ALMIRANTE BROWN - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
HIJO/A DE: SOSA,LORENA RITA
DNI: 23114134
CUIL: 20-49588172-6
Lic.D.Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda
PULGAR

IDARG49588172<6<<<<<<<<<<<<<<<
0911061M2411060ARG<<<<<<<<<<<4
MARASTONI<<MAXIMO<SANTINO<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname: ORTIZ CORVALAN
Nombre / Name: MATIAS
Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: B
Fecha de nacimiento / Date of birth: 25 DIC/ DEC 1996
Fecha de emisión / Date of issue: 16 ABR/ APR 2014
Fecha de vencimiento / Date of expiry: 16 ABR/ APR 2029
Documento / Document: 40.096.904
Trámite Nº / Of. ident.: 00259868774 7352
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

DOMICILIO: BERNARDO IRYGOYEN 845 - TEMPERLEY - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior
PULGAR

IDARG40096904<0<<<<<<<<<<<<<<<
9612257M2904168ARG<<<<<<<<<<<6
ORTIZ<CORVALAN<<MATIAS<<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname: VALDEZ
Nombre / Name: AGUSTINA ALEJANDRA
Sexo / Sex: F
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: B
Fecha de nacimiento / Date of birth: 11 JUN/ JUN 1998
Fecha de emisión / Date of issue: 18 OCT/ OCT 2022
Fecha de vencimiento / Date of expiry: 18 OCT/ OCT 2037
Documento / Document: 41.289.541
Trámite Nº / Of. ident.: 00695621478 9694
FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

DOMICILIO: JOSE SANCHEZ 6032 - SAN JOSÉ - ALMIRANTE BROWN - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES
CUIL: 27-[illegible]
Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior
HUELLA DACTILAR

IDARG41289541<2<<<<<<<<<<<<<<<
9806113F3710184ARG<<<<<<<<<<<6
VALDEZ<<AGUSTINA<ALEJANDRA<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname: VILLALBA
Nombre / Name: FRANCO EZEQUIEL
Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: B
Fecha de nacimiento / Date of birth: 11 NOV/ NOV 1995
Fecha de emisión / Date of issue: 03 NOV/ NOV 2017
Fecha de vencimiento / Date of expiry: 03 NOV/ NOV 2032
Documento / Document: 40.457.479
Trámite Nº / Of. ident.: 00521821941 7628
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

DOMICILIO: SANTA ANA 1727 - SAN JOSÉ - ALMIRANTE BROWN - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
CUIL: 20-40457479-6
Lic.D.Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda
PULGAR

IDARG40457479<8<<<<<<<<<<<<<<<
9511110M3211038ARG<<<<<<<<<<<2
VILLALBA<<FRANCO<EZEQUIEL<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
VILLALBA VALDEZ

Nombre / Name
TAHIEL BAYRON

Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: B

Fecha de nacimiento / Date of birth
25 JUL/ JUL 2017

Fecha de emisión / Date of issue
18 OCT/ OCT 2022

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
25 JUL/ JUL 2032

Trámite N° / Of. ident.
00695621230
9694

Documento / Document
56.337.814

REIMPRESIÓN EMISIÓN 002

DOMICILIO: JOSE SANCHEZ 6032 - SAN JOSÉ - ALMIRANTE BROWN - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
VILLALBA,Franco Ezequiel
DNI: 40457479
HIJO/A DE:
VALDEZ,Agustina Alejandra
DNI: 41289541

CUIL: 20-56337814-0

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA DACTILAR

IDARG56337814<5<<<<<<<<<<<<<<<
1707258M3207257ARG<<<<<<<<<<<2
VILLALBA<VALDEZ<<TAHIEL<BAYRON

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

Ministerio de Turismo y Deportes Argentina

TURISMO 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	45296800	AGUETO	BRANDON		Sin cargo	no completar	no completar	no completa	Masculino
2	45181358	BLUMMAS	SANA		Sin cargo				FEM
3	38880358	CATA	BRIAN		Sin cargo				MASC
4	42043430	GONZALEZ	AGUSTINA		Sin cargo				FEM
5	45895910	GONZALEZ	LUCAS		Sin cargo				MASC
6	46604703	MANASTONI	DALMA		Sin cargo				FEM
7	41855832	MANASTONI	EROS		Sin cargo				MASC
8	45588142	MANASTONI	MAXIMO		Sin cargo				MASC
9	45543344	MIERES	LEANDRO		Sin cargo				MASC
10	40096804	DIAZ	MATIAS		Sin cargo				MASC
11	41289541	VALDEZ	AGUSTINA		Sin cargo				FEM
12	40457479	VILLALBA	FRANCO		Sin cargo				MASC
13	56337814	VILLALBA	BAYRON		Sin cargo				MASC
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: AGUSTINA GONTRAGEZ

Domicilio del Titular: CARLOS TEJEDOR 67

Ciudad: TEMPERLEY

Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 42043430

Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 5/6/99

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: AGUSTINA VALDEZ

Domicilio del Titular: JOSE SANCHEZ 6032

Ciudad: SAN JOSE Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 41288541 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 6/6/98

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:

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado: Teléfono:

Agustina
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: LEANDRO MIENES

Domicilio del Titular: CAMARERO 113

Ciudad: FIORITO Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 45 543 844 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 8/1/04

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 ✓
(*) Sintomas:
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:

LEANDRO
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: DALMA MANASTONI

Domicilio del Titular: HORNERO 1162

Ciudad: SAN JOSE

Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 46 104 703

Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 21/4/04

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: SARA BLUM MACIAS

Domicilio del Titular: JACINTO ROSSO 15 PB

Ciudad: TEMPERLEY Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 45181358 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 06/07/03

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: .....

Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....

N° Afiliado: ..... Teléfono: .....

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: BRANDON AGÜERO

Domicilio del Titular: SENILLOSA 587

Ciudad: TEMPERLEY Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 45296800 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 25/6/88

2. INFORMANTE
Titular [X] Padre/Madre [ ] Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES
3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI [ ] NO [X] Cual?

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

3.3. Tiene algún tipo de alergia SI (*) [ ] NO [X]
(*) Síntomas:
Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS
4.1. Recibe tratamiento médico? SI [ ] NO [X]
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI [ ] NO [X] Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI [ ] NO [X] 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

DATOS

ombre y Apellido: RAYMÓN VILLALBA

omicilio del Titular: JOSE SANCHEZ 6392

iudad: SAN JOSE — Provincia: BS AS

ipo y N° de Documento: 56 339 814 — Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 25/7/17

INFORMANTE
Titular [✓] Padre/Madre [ ] Otros(especificar): ____

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 [✓]

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: ____

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN [✓] BCG [✓] SARAMPION [✓] TRIPLE [✓] COVID [✓]

N CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

ombre y Apellido: ____ Teléfono: ____

bertura Médica: ____ Teléfono: ____

Afiliado: ____

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: BRIANI CATA

Domicilio del Titular: GANDHI 612

Ciudad: TEMPERLEY Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 38 880 358 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 13/11/95

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: MAXIMO MANASTONI

Domicilio del Titular: HORNERO 1162

Ciudad: SAN JOSE Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 40 588 172 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 6/11/09

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 ☑ 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:

SANTINO

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MATIAS ORTIZ CORVALAN

Domicilio del Titular: IRIGOYEN 845

Ciudad: TEMPERLEY Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 40 086 904 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 25/12/96

2. INFORMANTE
Titular [X] Padre/Madre: [ ] Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1 Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI [ ] NO [X] Cual?

3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI [ ] NO [X]

Causa:

3.3 Tiene algún tipo de alergia: SI (*) [ ] NO [X]

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI [ ] NO [X]

Especificar:

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI [ ] NO [X] Especificar:

4.3 Presenta alguna limitación física? SI [ ] NO [X] 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: FRANCO VILLALBA

Domicilio del Titular: SANTA ANA 1727

Ciudad: SAN JOSE Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 40 454478 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 2/11/95

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: ENOS MANASTAONI

Domicilio del Titular: URUPO 929

Ciudad: SAN JOSE Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 41 855 832 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 17/3/99

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: LUCAS GONZALEZ

Domicilio del Titular: CARDENAL 2975

Ciudad: SAN JOSE Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 45 885 910 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 10/5/04

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: ____

Cobertura Médica: ____ Teléfono: ____

N° Afiliado: ____ Teléfono: ____

LUCAS DORIANO

Firma