

1 DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido MARTINA MACCARONE
 Domicilio del Titular AVENIDA GRAL PAZ 11263
 Ciudad CABA Provincia
 Tipo y N° de Documento 44552480 Teléfono 21170548
 Fecha de Nacimiento 030403

2 INFORMANTE

Madre Padre 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 ALARGAMIENTO DE TENDON DE AQUILES

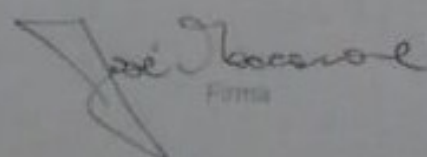
4.3 Presenta alguna lentación física? SI NO Cual _____

5 VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis) completas

SABIN BCG SARAMPION TRIPLE

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido JOSÉ MACCARONE Teléfono: 011 1568983522
 Cobertura Médica UNIÓN PERSONAL Teléfono:
 N° Afiliado 00 110879042


Firma

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido VALENTINA HACCAIONEDomicilio del Titular AV. GUAYL PAB. 11268Ciudad CABA Provincia Tipo y N° de Documento DNI 41667683 Teléfono 1532479967Fecha de Nacimiento 171298

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cuál? _____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

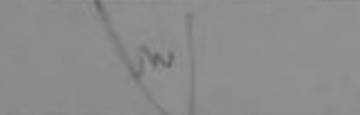
Especificar: _____

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: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: José MaccioneTeléfono: 1568983522Cobertura Médica: UNION PERSONALTeléfono: 1562572261N° Afiliado: 00110879026

 Firma

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido **MAGNO Aldana Micaelz**
 Domicilio del Titular **Jose Benifzeio 3182**
 Ciudad **Capital** Provincia **Bs As**
 Tipo y N° de Documento **21671309 DNI** Teléfono **1535897017**
 Fecha de Nacimiento

2. INFORMANTE

Madre **REUS Patriz** Padre **MAGNO Miguel** Otros (especificar)

3. ANTECEDENTES

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

NO Cual?

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

Causa

3.3. Tiene algún tipo de alergia: NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? NO

Especificar

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? NO Especificar

4.3. Presenta alguna limitación física? NO Cual?

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: **SI** BCG: **SI** SARAMPION: **SI** TRIPLE: **SI**

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: **REUS Patriz**

Teléfono: **1535897017**

Cobertura Médica: **OSBA**

Teléfono:

N° Afiliado: **05207725-00**

Firma

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: LUCRECIA RAIMONDI

Domicilio del Titular: HAURE 2966 DPTO D

Ciudad: BUENOSAIRES Provincia: BUENOSAIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 35202270 Teléfono: 1544248774

Fecha de Nacimiento: 23/04/90

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): DOCENTE

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: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

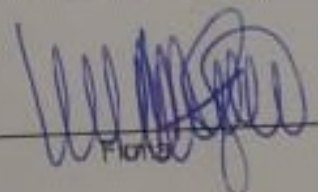
Nombre y Apellido: ALICIA GARCIA TUNÓN

Cobertura Médica: OBSBA

N° Afiliado: 0045577700

Teléfono: 15-5880-5592

Teléfono: 4953-7173



Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido JOAQUIN RAMISDomicilio del Titular PUMACAHUA 1350 PB 03Ciudad CANA Provincia Tipo y N° de Documento DNI 44937517 Teléfono 1553371907Fecha de Nacimiento 260703

2. INFORMANTE

Madre: Padre: 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

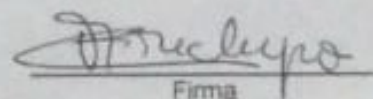
Especificar: _____

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: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: OLGA COXHEIRO Teléfono: 1559289916Cobertura Médica: GALENO AZUL Teléfono: _____N° Afiliado: 6301466806-10

Firma

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Plan Escolar
Ficha Médica

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: *Melena Zaccagnini*Domicilio del Titular: *Rivadavia 8481*Ciudad: *CABA*Provincia: *CABA*Tipo y N° de Documento: *DNI 44448127*Teléfono: *4123031809*Fecha de Nacimiento: *08/08/02*

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otro(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual?3.2. Durante los últimos 2 años fue infectado 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 Caridad de Dosis)

completa

SABIN

BCG

SARAMPION

TRIPLE

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: *Nora Céspedes*Teléfono: *1551249802*Cobertura Médica: *Galeno Oro*Teléfono: *1544966843*

N° Afiliado

Firma

