

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido FERNANDA CELESTE AGUILERA

Domicilio del Titular JULIO SOSA 147

Ciudad ARRAECIPES Provincia ARGENTINA

Tipo y N° de Documento 47681069 Teléfono 2478460521

Fecha de Nacimiento 20020607

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: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5 COVID: 0

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIA CELESTE UNIEDO

Teléfono: 2474417256

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

[Firma]
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido BRANDON JESUS ANIEL CABEZO
Domicilio del Titular ECUADOR 227
Ciudad ARRECIFES Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 47882845 Teléfono 2478 556474
Fecha de Nacimiento 210307

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: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: FABIANA MARIA CELESTE GIACUMINO Teléfono: 2478 519232

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

BRANDON
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido VALENTINO MARTIN CISNEROS

Domicilio del Titular IRLANDA 174

Ciudad ARRECIFES Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 47882805 Teléfono 2478503175

Fecha de Nacimiento 150307

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: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: DANIELA SUSANA CONDOVICH

Teléfono: 2478-579833 (MAMA)

Cobertura Médica:

Teléfono: 2478-404655 (HERMANO)

N° Afiliado:

[Firma]
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido M. C. D. E. I. O. A. G. U. S. T. I. N. O. D. I. G. E. N. N. I.
Domicilio del Titular 52 M. 2. C. 2. 4. 0. 7
Ciudad A. R. R. E. C. I. F. E. S. Provincia B. U. E. N. O. S. A. I. R. E. S.
Tipo y N° de Documento D. N. I. 4. 8. 0. 3. 7. 4. 0. 7 Teléfono 2. 4. 7. 8. 5. 0. 9. 5. 2. 6
Fecha de Nacimiento 7. 0. 0. 5. 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)

SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 3 TRIPLE: 3 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Romina Ponce Teléfono: 2478-509526

Cobertura Médica: 100% Teléfono: _____

N° Afiliado: 234452606903

[Firma]
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido MILLAGROS NICOLE GOMEZ PACHECO
Domicilio del Titular AV. MOLINACAS 86
Ciudad ARRECIFE Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNT 47140934 Teléfono 2478602684
Fecha de Nacimiento 250206

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: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: PACHECO ALEJANDRA

Teléfono: 24786540081

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

PACHECO E P
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido PAOLA LAMAS

Domicilio del Titular

Ciudad ARRECIFES Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 48571221 Teléfono 2478475467

Fecha de Nacimiento 230208

2. INFORMANTE

Titular ☐ Padre/Madre: ☒ Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI ☐ NO ☒ Cual? NINGUNA

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

Causa: NINGUNA

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: 2 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 5 COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: DAVID LAMAS

Teléfono: 2478 46-8601

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Firma

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: _____

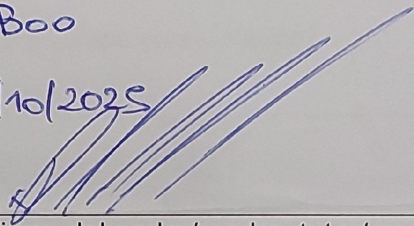
Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a PAOLA LAMAS a participar del *Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria* de la CPM en el **Complejo "Campus Santo Tomás"** de Parque Camet, Mar del Plata, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es Arellano Gisela Marina que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: SILVIA FARIAS DE BOO

Fecha de ingreso: 27/10/2025 al 29/10/2025


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

Aclaración: x Darío Lamas

Domicilio: AV. INTENDENTE BLANCO C/S

Localidad: ADRECIFES

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 93994772

Teléfono: 2478 46-8601

Fecha de nacimiento el/la menor: 23/02/2008

Tipo y N° documento el /la menor: 48571221

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido Thiago Ariel Ezequiel Román
Domicilio del Titular Paz Navarrete 91
Ciudad Arrecifes Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento DNI 47882877 Teléfono 2478603152
Fecha de Nacimiento 020407

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: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 0

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Marcelo Cruz Teléfono: 2478543317

Cobertura Médica: - Teléfono: -

N° Afiliado:

Thiago Román
Firma