

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido	T H I A G O A C U N A																			
Domicilio del Titular	E L C A L D E N 2 2 7 5																			
Ciudad	Bahia Blanca										Provincia									
											Buenos Aires									
Tipo y N° de Documento	9 8 0 2 2 3 9 1										Teléfono									
											2 9 1 5 0 7 3 1 6 6									
											Fecha de Nacimiento									

2. INFORMANTE

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

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: SILVIA PEREYRA Teléfono: 291-5228229
Cobertura Médica: X Teléfono: 291-5228229
N° Afiliado: 291-5228229

Teléfono: 291-5228229

Telefone _____

N° Afiliado: 1

 Perla Silvia
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido DAIANA AGESTA

Domicilio del Titular NORENO 1272

Ciudad Bahía Blanca Provincia Buenos Aires

Tipo y N° de Documento 33796752 Teléfono 2915767424

Fecha de Nacimiento 10/08/88

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI ☒ NO ☐ Cual? Epilepsia secundaria

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: 2500 Lev. Tiracetam, 400 Lamotrigina, 1mg clonazepam

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☒ NO ☐ Especificar: SNC (neurocirugía central)

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cuál: —

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Carlos AGESTA Teléfono: 291 9124 189

Cobertura Médica: IONA Teléfono:

N° Afiliado: 2337967522/00

D. Agesta
Firma

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: B. BLANCA 5 DE OCTUBRE 2025

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a BILLERBECK DIAMELA 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 la acompañante de la delegación, Prof Daiana Agesta, que asumirá la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

EES 41

Marina Lorena Huiván

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

Aclaración: MARINA LORENA HUIVAN

Domicilio:

ROSALLES 327

Localidad:

BAHIA BLANCA

Provincia:

BUENOS AIRES

Tipo y N° doc:

DNI 26333017

Teléfono:

291-4762845

Fecha de nacimiento el/la menor:

13-03-2008

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 48.568.350

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: 04-10-25 B. Bca

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a CABEZA TIFFANY TIZIANA 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 la acompañante de la delegación, Prof Daiana Agesta, que asumirá la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ESS N° 41 Anexo I

Fecha de ingreso: _____


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

Aclaración: Viviana Patricia

Domicilio: Cramer 2209

Localidad: Bahia Blanca

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI .24889741

Teléfono: 2914721848

Fecha de nacimiento el/la menor: 19-03-08

Tipo y N° documento el /la menor: 48.568341

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido T I F F A N Y C A B E Z A V I V A N C O
Domicilio del Titular C R A N O R N 2 2 0 4
Ciudad Bahía Blanca Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento 4 8 5 6 8 3 4 3 Teléfono 2 4 1 4 7 2 1 8 4 8
Fecha de Nacimiento 1 4 0 3 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: _____

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido Monica Patricia Vivanco

Teléfono: 2814721848 (Mamá)

Cobertura Médica: NO

Teléfono: 2815764525 (Papá)

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido Cecilia Canciani Quintelos
Domicilio del Titular Haiti 2659
Ciudad Bahía Blanca Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento 98046407 Teléfono 2914637826
Fecha de Nacimiento 05/09/07

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: BCG: única dosis SARAMPION: TRIPLE: todas COVID: 3 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Laura Quintelos Teléfono: 291 539 2239

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido L U C A S S A N M A R T I N

Domicilio del Titular E I C A L D O N 1 9 1 9

Ciudad Bahía Blanca Provincia Buenos Aires

Tipo y N° de Documento 4 7 1 3 9 7 6 1 Teléfono 2 9 1 4 6 8 9 3 6 5

Fecha de Nacimiento 2 0 0 5 0 6

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: Belisle Cristina Teléfono: 291 472 1559

Cobertura Médica: Teléfono: 291 570 6818

N° Afiliado:

S. b. licol
Firma