

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: _____

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a VALENTINA ACOSTA PAREZ 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 _____ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: _____

Fecha de ingreso: _____

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

Aclaración: Rafael Vomerio

Domicilio: RODRIGO DE TRIANA 2517

Localidad: SAN MIGUEL

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: 27.270.608

Teléfono: 1159793865

Fecha de nacimiento el/la menor: 23/2/08

Tipo y N° documento el /la menor: 48634289

Aclaración:

El punto 1 debe ser completado por la Escuela antes de enviar este anexo a las familias.

El presente anexo debe ser firmado por el adulto responsable y debe ser devuelto a la escuela (en papel, con firma original).

Al momento de realizar la Salida Educativa el/la docente responsable debe portar el anexo VI de las y los estudiantes.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

.....

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No ☒	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			Nº Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1159793865 (MAMA)

1125482669 (HERMANO)

.....
.....

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: *Pedro Vaneiro*

DNI: 27270608

Fecha: 13/11/2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCEYEDGCYE

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida:

Boca y Muñoz 7hs. 15/11/2025

Lugar, día y hora de regreso:

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL PONTALARA

Nombres y teléfonos de los acompañantes: MIRTA SANTILLAN 1139255753

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): A CARGO DE LA CPM

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a VALENTINA ACOSTA PÁEZ
DNI 48634289 que concurre al Establecimiento
Educativo N° del distrito
..... a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
..... el/los día/días del
mes de del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

ACOSTA VALENTINA

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido VALENTINA ACOSTA PAEZ

Domicilio del Titular RODRIGO DE TRIANA 2517

Ciudad SON MIGUEL Provincia BUEWOSAIREF

Tipo y N° de Documento 98634289 Teléfono

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?

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LIDIA VANESA PAEZ

Teléfono: 159793865

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Paz Vanesa
Firma

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: _____

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a VALENTINA ACOSTA PAREZ 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 _____
que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: _____

Fecha de ingreso: _____

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

Aclaración: Rafael Vomerio

Domicilio: RODRIGO DE TRIANA 2517

Localidad: SAN MIGUEL

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: 27.270.608

Teléfono: 1159793865

Fecha de nacimiento el/la menor: 23/2/08

Tipo y N° documento el /la menor: 48634289

Aclaración:

El punto 1 debe ser completado por la Escuela antes de enviar este anexo a las familias.

El presente anexo debe ser firmado por el adulto responsable y debe ser devuelto a la escuela (en papel, con firma original).

Al momento de realizar la Salida Educativa el/la docente responsable debe portar el anexo VI de las y los estudiantes.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: JOVENES Y MEMORIA

Lugar, día y hora de salida:

Boca y Muñoz 7hs. 15/11/2025

Lugar, día y hora de regreso:

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL PUNTA LARA

Nombres y teléfonos de los acompañantes: MIRTA SANTILLAN 1139255753

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): A CARGO DE LA CPA

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a VALENTINA ACOSTA PÁEZ
DNI 48634289 que concurre al Establecimiento
Educativo N° del distrito
..... a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
..... el/los día/días del
mes de del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

.....

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No ☒	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			Nº Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1159793865 (MAMA)

1125482669 (HERMANO)

.....
.....

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: *Padre Vaneza*

DNI: 27270608

Fecha: 13.11.2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCEYEDGCYE

ACOSTA VALENTINA

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido VALENTINA ACOSTA PAEZ

Domicilio del Titular RODRIGO DE TRIANA 2517

Ciudad SON MIGUEL Provincia BUEWOSAIREF

Tipo y N° de Documento 98634289 Teléfono

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?

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LIDIA VANESA PAEZ

Teléfono: 159793865

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Paz Vanesa
Firma

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	galmo
	X		Nº Socio	0238 992801 01

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1140355944 (padre)

1136829121 (tía)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

DAVID OMAR ESPINOSA

DNI: 17162562

Fecha: 12.11.25

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCEYEDGCYE

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido CARLA ESPINOSA
Domicilio del Titular TOMAS GUIDO
Ciudad JOSE C. PAZ Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DN. 48994505 Teléfono 1150925853
Fecha de Nacimiento 21/09/08

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: completa BCG: completa SARAMPION: completa TRIPLE: completa COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: David Espinosa Teléfono: 1140355944
Cobertura Médica: Galeno Teléfono: _____
N° Afiliado: 0238992800 01


Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: Jeremús y memoria

Lugar, día y hora de salida:

Don Miguel 15/11/2025 7:00HS

Lugar, día y hora de regreso: Emmado 8:00HS 17/11/25

Don Miguel 12:00H 17/11/25

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal
Punto Llave - Emmado - Ub. Co.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Marta González 439355753
Mabel López 433739732

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): A cargo de la OPM

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Carla Espinosa
DNI 48894505 que concurre al Establecimiento

Educativo Labo Moia N° 28 del distrito

Don Miguel a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

Don Miguel el/los día/días 15, 16, 17 del

mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: Jeremús y memoria

Lugar, día y hora de salida:

Don Miguel 15/11/2025 7:00HS

Lugar, día y hora de regreso: Emmado 8:00HS 17/11/25

Don Miguel 12:00H 17/11/25

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal
Punto Llave - Emmado - Ub. Co.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Marta González 439355753
Mabel López 433739732

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): A cargo de la OPM

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Carla Espinosa
DNI 48894505 que concurre al Establecimiento

Educativo Labo Moia N° 28 del distrito

Don Miguel a participar de la Salida Educativa / Salida de

Representación Institucional a realizarse en la localidad de

Don Miguel el/los día/días 15, 16, 17 del

mes de noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	galmo
	X		Nº Socio	0238 992801 01

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1140355944 (padre)

1136829121 (tía)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

DAVID OMAR ESPINOSA

DNI: 17162562

Fecha: 12/11/25

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCEYEDGCYE

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido CARLA ESPINOSA
Domicilio del Titular TOMAS GUIDO
Ciudad JOSE C. PAZ Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DN. 48994505 Teléfono 1150925853
Fecha de Nacimiento 21/09/08

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: completa BCG: completa SARAMPION: completa TRIPLE: completa COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: David Espinosa Teléfono: 1140355944
Cobertura Médica: Galeno Teléfono: _____
N° Afiliado: 0238992800 01


Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: Jóvenes y Memoria

Lugar, día y hora de salida:

San Miguel 15/11/2025 7:00 hs.

Lugar, día y hora de regreso: Ensenada 8:00 hs 17/11/25
San Miguel 12 hs 17/11/25

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal
Punto Pasa-Ensenada - Bs. 44

Nombres y teléfonos de los acompañantes: María Santillán 1134355753
Nabel López 1133139232

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): Q. C. C. B. D. de la CPM

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Tomas Abitaj
DNI 49.359.928 que concurre al Establecimiento
Educativo Lola Stora N° 28 del distrito
San Miguel a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
San Miguel el/los día/días 15/16/17 del
mes de Noviembre del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	☐	Nombre de la Obra Social/Prepaga	_____
	No	☒	Nº Socio	_____

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1123594944 (hermana) 1122428001 (Padre)
1138529920 (hermano)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

 Tólcob Silvana

DNI: 31878796

Fecha: 19/11/2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCEYEDGCYE

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: TOMAS AXEL ABRAHAM
Domicilio del Titular: PEDRO VELAZQUEZ 2783
Ciudad: SAN MIGUEL Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DNI 49359928 Teléfono: 1164031943
Fecha de Nacimiento: 11/11/08

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: Completo BCG: Completo SARAMPION: Completo TRIPLE: Completo COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Toledo Silvana

Teléfono: 1123544944

Cobertura Médica:

Teléfono: 1138529320

N° Afiliado:


Firma