

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido ALICIA DEIVALLC GONZ
Domicilio del Titular Lib. SAN MARTIN 2845
Ciudad VILLADEMAYO Provincia BURRITOS ARISES
Tipo y N° de Documento Teléfono 1159520222
Fecha de Nacimiento 250949

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI ☒ NO ☐ Cual? IPERTENSA

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: IMPERTENSA

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☒ NO ☐ Especificar: TIROIDES
COLOIN

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

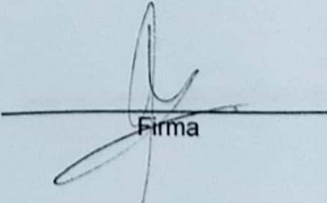
SABIN: Completo BCG: Completo SARAMPION: Completo TRIPLE: Completo COVID: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Daniel Leonti Mischuk Teléfono: 1162336597

Cobertura Médica: PAMI Teléfono: _____

N° Afiliado: _____


Firma

Escaneado con CamScanner

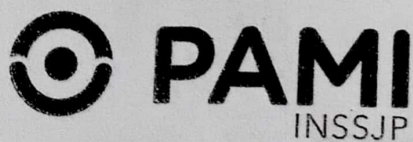


GOMEZ ALICIA
DEL VALLE

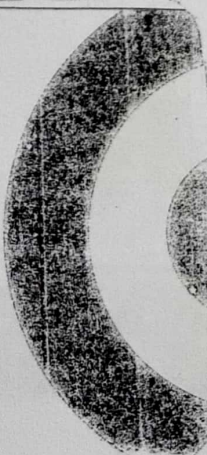
N° AFILIACIÓN

150449736103/00

© f t pami.org.ar



☎ **138** PAMI escucha y responde



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido CLAUDIA NOEMI ALVAREZ
Domicilio del Titular República Argentina 3260
Ciudad Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 17984874 Teléfono 1130295137
Fecha de Nacimiento 650267

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI ☒ NO ☐ Cual? Pánico Fobico

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

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) ☒ NO ☐

(*) Síntomas: ANES

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: Claudia Alvarez Teléfono: 1130295137
Cobertura Médica: Hijo Menor Teléfono: _____
N° Afiliado: 112664-4291

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido SANDRA EMILOSE YOUNG
Domicilio del Titular PARAGUAY 768
Ciudad EL TALAR Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 17380713 Teléfono 1155055424
Fecha de Nacimiento 010965

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: SULTAMIDAS

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:

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

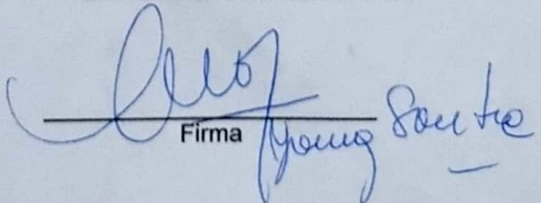
SABIN: Completo BCG: Completo SARAMPION: Completo TRIPLE: Completo COVID: 5

5. EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARA VARAS YOUNG Teléfono: 1138060632

Abertura Médica: LOMA Teléfono:

Afiliado: 217380713000

Firma 



YOUNG

SANDRA EMILSE

B

01 SET / SET 1965

29 SET/ SET 2015

29 SET/ SET 2030

FORMA IDENTIFICAZIONE SIGNATURE

Documento / Document

17.380.713

00401509441

7239

[illegible]

PULGAR

CURT: 27-17380713-4

Cr. A. Lorenzo Nardazzo
Ministro del Interior y Transporte

DOMICILIO - PARAGUAY 768 - EL TALAR - TIGRE - BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO CHUBUT



YOUNG SANDRA EMILSE

IOMA
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



YOUNG SANDRA EMILSE

DNI: 17380713

GÉNERO: F

CUIL: 27173807134

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: -----

ESTADO: ACTIVO

AFL: 217380713000

TOKEN

264191