

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido ABRILLEGU, ZAMÓN

Domicilio del Titular LISANDRO DELA TORRE 3792

Ciudad TIGRE Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento 47257429 Teléfono 1164349411

Fecha de Nacimiento 090506

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: CAROLINA CRUZ Teléfono: 1164349411

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:

albert
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido BRENDA TOLEDO

Domicilio del Titular 9 DE JULIO 648

Ciudad TIGRE Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 48886683 Teléfono 11 81066328

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 ☒ Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X COVID: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: NORMA GOMEZ

Teléfono: 1134867997

Cobertura Médica:

Teléfono: 1153872259

N° Afiliado:

SOME
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido E U E I Y N F I O R E S

Domicilio del Titular 9 8 E J U . 1 . 0 6 1 8

Ciudad B O E N O S A I R E S Provincia B O E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento 5 0 5 2 8 1 7 8 Teléfono 1 1 7 6 3 4 7 7 7 0

Fecha de Nacimiento 4 / 9 / 2010

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: JOHANNA TOLEDO

Teléfono: 1156624090 (MAMA)

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Johanna Toledo
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido

EZEQUIEL FERNANDO PAVON

Domicilio del Titular

2660 MES 842

Ciudad

Provincia

ARGENTINA

Tipo y N° de Documento

49730757

Teléfono

1177346476

Fecha de Nacimiento

19 8 2009

2. INFORMANTE

Titular

☐

Padre/Madre:

☐

Otros(especificar):

HERMANA

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:

X

BCG:

X

SARAMPION:

X

TRIPLE:

X

COVID:

X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

JIMENA PEREZ

Teléfono:

1177306522

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

JP

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido Reina Gonzalez Severina
Domicilio del Titular CORROS DELIEGRIN 1835
Ciudad BUENOS AIRES Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 50861851 Teléfono 1166118953
Fecha de Nacimiento 080311

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: Noemi Mansilla

Teléfono: 1166118953

Cobertura Médica: -----

Teléfono: 1150685979

N° Afiliado: -----

Reina Gonzalez
Firma