

**PLANILLA DE SALUD**

Nombre del joven: Victoria Basualdo Golo

Nombre del Padre/Madre/Tutor: Maria Florencia Golo

Dirección: Periérés n° 1869 Teléfono: 2355-486785

**Destino: Encuentro Diocesano de Prejuveniles 2025 – Florentino Ameghino.**

Marcar con x lo que corresponda

1. ¿Es alérgico? ☐ Sí ☒ No (Si sí, indicar a qué): \_\_\_\_\_

2. En los últimos 30 días ha sufrido:

☐ Procesos inflamatorios ☐ Fracturas o esguinces ☐ Enfermedades infectocontagiosas ☐ Otras: \_\_\_\_\_

3. ¿Toma alguna medicación? ☐ Sí ☒ No (Si la respuesta es "sí", indicar cuál):  
\_\_\_\_\_

4. Otras indicaciones para el personal médico:  
\_\_\_\_\_

5. Marque lo que corresponda:

☐ Problemas de vista ☐ Problemas auditivos ☐ Problemas motrices  
Especificar: \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene Obra Social? ☒ Sí ☐ No (Si, adjuntar copia del carnet)

Declaro que la información consignada es correcta y autorizo a actuar en caso de emergencia.

Firma Padre/Madre/Tutor: Maria Florencia Golo DNI: 28.973.140  
Maria Florencia Golo



06:49



**IOMA**  
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA  
DE BUENOS AIRES



BASUALDO GALO VICTORIA

**IOMA**  
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA  
DE BUENOS AIRES



**BASUALDO GALO VICTORIA**

**DNI: 52430863**

**GÉNERO: F**

**CUIL: 27524308636**

**TIPO: OBLIGATORIO**

**CESE: 21/11/2025**

**ESTADO: ACTIVO**

**AFL:962419400402**

**TOKEN**

**463184**

