

**PLANILLA DE SALUD**

Nombre del joven: MORA CAYUEO  
Nombre del Padre/Madre/Tutor: LUGONES MARÍA FERNANDA.  
Dirección: Zona Perón 1708 Teléfono: 2598456567  
0255 456567.

**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: No

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: Mario Segundo Lugo DNI: 25145455.