

## PLANILLA DE SALUD

Nombre del joven: Mía Di Nesta

Nombre del Padre/Madre/Tutor: Paola Andrea Marrone

Dirección: Chile 165 Pehuajó Teléfono: 2396 594435

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 hasufrido:

☐ 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:  DNI: 26.022.114