

PLANILLA DE SALUD

Nombre del joven: MELEGO ASTOBIZA RENATA

Nombre del Padre/Madre/Tutor: ASTOBIZA HUAYRA ANAHI

Dirección: ALEM 1044 Teléfono: 2358402567

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: NINGUNA

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

4. Otras indicaciones para el personal médico:

NINGUNA

5. Marque lo que corresponda:

☐ Problemas de vista ☐ Problemas auditivos ☐ Problemas motrices
Especificar: NINGUNO

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: Huayra Astobiza DNI: 33 188 302