

PLANILLA DE SALUDNombre del joven: HERNÁNDEZ MÍA ISABELANombre del Padre/Madre/Tutor: HERNÁNDEZ CAMILADirección: NECOCHEA 1077 Teléfono: 2355461288**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: CAMILA HERNÁNDEZ DNI: 39.291093