

**PLANILLA DE SALUD**Nombre del joven: Luis MorenoNombre del Padre/Madre/Tutor: AURA DANIELA HIGUERASDirección: PASO N° 2235- S. QUINTAS Teléfono: 2355-694351**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: Nº3. ¿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: Nº6. ¿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: Amaya DNI: 28626891



F.Alta: 26/10/2011

FAMILIAR MONOTRIBUTISTA

Apellido y Nombre: MORENO LIS  
Tipo y Nro.Documento: DNI 51179822  
Carácter: Hijo/a Soltero hasta 21 años  
Fecha de nacimiento: 19/10/2011  
Loc.Atención Médica: LOS TOLDOS EX G VIAM  
CUIL TITULAR: 20334797172  
Titular: MORENO ALEXIS OMAR  
Fecha de ingreso:

CUIT:

0

F. Vencimiento: 19/10/2032

