

**PLANILLA DE SALUD**Nombre del joven: VALENTINA ZARATENombre del Padre/Madre/Tutor: LILIANA BEATRIZ OLARDEDirección: RAWSON y LAMARCA Teléfono: 2358 421351**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: Liliana Olarde DNI: 22.259454