

PLANILLA DE SALUD

Nombre del joven: LOBETO, JOSÉ

Nombre del Padre/Madre/Tutor: LOBETO, PABLO

Dirección: CASTELLI 1044 Teléfono: 3388-455677

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: [Firma]

DNI: 26497001 (P)
23 530506 (H)