

**PLANILLA DE SALUD**

Nombre del joven: ESTANGA VEGA TOMÁS

Nombre del Padre/Madre/Tutor: VEGA LORENA

Dirección: SANTA FE 80 Teléfono: 2355-4177 22

**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: NO

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: NO OSDE = 62.235267 8 02

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: Guariso DNI: 33104.858

¡Hola, Lucrecia!

TOMAS ESTANGA VEGA

osde

62 235267 8 02

NRO. SOCIO

PLAN 2 210 G

Token ⓘ

015

Se actualizará en 0:26

¿Tenés problemas? [Sincronizar](#)

Ver código QR y de barras



Compartir el acceso a esta credencial



Ver todas las credenciales (4)

