

**PLANILLA DE SALUD**Nombre del joven: Ariah SOSANombre del Padre/Madre/Tutor: RIVERO MARIA VALENTINADirección: Rio NEGRO 412 Teléfono: 2355 691298**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: Rivero M. VALENTINA DNI: 33479758