

PLANILLA DE SALUD

Nombre del joven: CATALINA FERNANDEZ GENIN

Nombre del Padre/Madre/Tutor: MARIA LARA GENIN

Dirección: ALSINA 1375 Teléfono: 2355 1568 846

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: Mopia.

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:  DNI: 27343895