

PLANILLA DE SALUD

Nombre del joven: Franco Agustin Segal

Nombre del Padre/Madre/Tutor: Mariana bastourre

Dirección: Gorostiaga 1780 Teléfono: _____

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 hasufrido:

☐ 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:  DNI: 29.248.574 _____