

PLANILLA DE SALUDNombre del joven: HELOISA RODRIGUEZNombre del Padre/Madre/Tutor: LUCIA CUBERNABADirección: RECONQUISTA 450 Teléfono: 2355646501**Destino: Encuentro Diocesano de Prejuvenes 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: NO3. ¿Toma alguna medicación? ☐ Sí ☒ No (Si la respuesta es "sí", indicar cuál):

4. Otras indicaciones para el personal médico:

NO

5. Marque lo que corresponda:

☐ Problemas de vista ☐ Problemas auditivos ☐ Problemas motricesEspecificar: NADA6. ¿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: 34578547