

PLANILLA DE SALUDNombre del joven: ARIADNA RENATA SCORZANombre del Padre/Madre/Tutor: PATRICIA VERÓNICA GUERRERODirección: LETTIERI nº 457 Teléfono: 2355-455881**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: ReneeDNI: 27.478.819

RZA ARIADNA RENATA

IOMA
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



DNI: 52430877

GÉNERO: F

CUIL: 27524308776

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 29/06/2033

ESTADO: ACTIVO

SCORZA ARIADNA RENATA

AFL:227478819202

TOKEN
899466