

### PLANILLA DE SALUD

Nombre del joven: Keila Jacobo

Nombre del Padre/Madre/Tutor: Elsa Adriana Diaz

Dirección: Tupper de diaz 144 Teléfono: 2664648606

**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:  DNI: 33654969