

**PLANILLA DE SALUD**Nombre del joven: ABRIL - BRUNONombre del Padre/Madre/Tutor: Gallo, YESICADirección: AVELLANEDA 962 Teléfono: 2358 421022**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: No3. ¿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: Gallo Yesica DNI: 23.479.714



BRUNO ABRIL

DNI: 52395247

GÉNERO: F

CUIL: 27523952477

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 28/02/2026

ESTADO: ACTIVO

AFL:233479714602

TOKEN  
512363