

**PLANILLA DE SALUD**Nombre del joven: MERCERES SANTANA MARREDONombre del Padre/Madre/Tutor: WILMA ARAUJODirección: AL HAFUERTE 256 Teléfono: 2355-641624**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: WILMA ARAUJO DNI: 270804924