

**PLANILLA DE SALUD**

Nombre del joven: TOMÁS HANSEN LASCOMBES.

Nombre del Padre/Madre/Tutor: MARIA LASCOMBES C.

Dirección: CHUBUT 110. Teléfono: 2355-644696.

**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: NO

☐ 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: USA LENTES.

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: 29248223.