



afiliado a algún seguro médico u Obra Social? Tel: 351-323824 Tel: 351-3	Apellido y Nombre: MOLINA PICCO	Mauricio Nicola, Leggio Nº 0143
afiliado a algún seguro médico u Obra Social? Tel: 351-323824 afiliado a algún seguro médico u Obra Social? Nº Carnet: 612246824 Nº a Liamar. D: avor complete los datos requeridos en esta ficha médica. antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia. dica Básicos y Fundamentales: Grupo Sanguineo: A + Prociones: Diabetes: Prociones: Diabetes: Prociones: Protigos o mareos: P	E/LC/6NI/CH 44.694.024	Estado Civil Soltero
afiliado a algún seguro médico u Obra Social? Tel: 351-323826 afiliado a algún seguro médico u Obra Social? Nº Carnet: 612246824 Nº a Liamar. D: avor complete los datos requeridos en esta ficha médica. antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia. dica Básicos y Fundamentales: Grupo Sanguineo: A + Prociones: Diabetes: Prociones: Diabetes: Prociones: Proposanguineo: A + Ulicera gastroduodenal: Prociones: Proposanguineo: A + Problemas emocionales: Procionas: Problemas emocionales: Procionas: Diabetes: Proposanguineo: Problemas emocionales: Procionas: Proposanguineo: A + Traumatismos cráneo: Procionas: Procionas: Procionas: Procionas: Procionas: Proposanguineo: Problemas emocionales: Procionas: Procion	Domicilio: Maya Pukuna 63	Localidad: Alma fues
afiliado a algún seguro médico u Obra Social? Tel: 351-323824 Tel: 351-32384 Tel: 351-32	En caso de ser necesario avisar a:	
afiliado a algún seguro médico u Obra Social? Si OSNE Nº Carnet: 612246824 Nº a Llamar. Diavor complete los datos requeridos en esta ficha médica. antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia. dica B Básicos y Fundamentales: Grupo Sanguíneo: A + rivaciones: On Diabetes: NO Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Universión en caso de emergencia. Pronquial: NO Diabetes: NO Universión en caso de emergencia. Diabetes: NO Universión en caso de emergencia. Diabetes: NO Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Universión en caso de emergencia. Provinciones: NO Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Universión en caso de emergencia. Diabetes: NO Universión en caso de emergencia.		Tel: 351-32382
afiliado a algún seguro médico u Obra Social? Nº Carnet: 612246824 Nº a Llamar. D: avor complete los datos requeridos en esta ficha médica. antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia. dica 8 Básicos y Fundamentales: Grupo Sanguíneo: A + vaciones: Pendo o tiene ahora: Diabetes: NO pereumática; NO p	Nombre: Carolina Picco	Tel: 351-32347
avor complete los datos requeridos en esta ficha médica. antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia. dica s Básicos y Fundamentales: rvaciones: dica s pronquial:		
avor complete los datos requeridos en esta ficha médica. antecedentes son necesarios para una mejor aténción en caso de emergencia. dica s Básicos y Fundamentales: rvaciones: dica s pronquial:	Está afiliado a algún seguro médico u Obra	Social? Si 11/03
avor complete los datos requeridos en esta ficha médica. antecedentes son necesarios para una mejor aténción en caso de emergencia. dica s Básicos y Fundamentales: rvaciones: dica s pronquial:	Cual? Si OSDE N	° Carnet: 642246824 N° a Llamar
rvaciones: serido o tiene ahora: serido o t	a Médica	
enido o tiene ahora: Diabetes: NO	and the second s	
enido o tiene ahora: a bronquial: NO Diabetes: Convulsiones: NO de cabeza severo: NO enfermedad seria: ANO enfermedad seria: ANO enfermedad seria: ANO enfermedad seria: NO enfermedad seria:	Datos Básicos y Fundamentales:	Grupo Sanguineo: A +
bronquial: NO Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Diabetes: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO Hipertensión arterial: NO cada Si explique y dé fechas: Traumatismos cráneo; NO Traumatismos columna: NO Sfusiones: NO Otro accidente importante: Otro accidente importante: NO Otro accidente importante	Datos Básicos y Fundamentales: Observaciones:	Grupo Sanguineo: A +
bronquial: NO Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Diabetes: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO Hipertensión arterial: NO cada Si explique y dé fechas: Traumatismos cráneo; NO Traumatismos columna: NO Sfusiones: NO Otro accidente importante: Otro accidente importante: NO Otro accidente importante	Datos Básicos y Fundamentales: Observaciones:	Grupo Sanguineo: A +
bronquial: NO Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO Hipertensión arterial: NO enfermedad seria: NO Hipertensión arterial: NO Enfermedad seria: NO Traumatismos cráneo: NO Enfermedad seria: NO Enfe		Grupo Sanguíneo: A +
predades cardíacas NO Convulsiones: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO Hipertensión arterial: NO enfermedad seria: NO Convulsiones: NO Convulsi		Grupo Sanguineo: A +
predades cardíacas NO Convulsiones: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO Hipertensión arterial: NO enfermedad seria: NO Convulsiones: NO Convulsi		Grapo Gangarrico.
medades cardíacas: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO Hipertensión arterial: NO enfermedad seria: NO Traumatismos cráneo: NO Traumatismos columna: NO Sfusiones: NO Otro accidente importante: NO Otro accidente importante	Observaciones: Ha tenido o tiene ahora:	Grapo Gangarrico.
rculosis:	Ha tenido o tiene ahora: Asma bronquial: NO	Ulcera gastroduodenal:
de cabeza severo:	Ha tenido o tiene ahora: Asma bronquial: Fiebre reumática:	Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO
as:	Asma bronquial: Piebre reumática: **Processor de la cardiacas: **PO** **Processor	Ulcera gastroduodenal:
enfermedad seria:	Asma bronquial: Enfermedades cardíacas: NO Tuberculosis: NO	Ulcera gastroduodenal:
dicectomía: NO Traumatismos cráneo: NO Traumatismos columna: NO Traumat	Observaciones: Ha tenido o tiene ahora: Asma bronquial: Fiebre reumática: Enfermedades cardíacas: NO Tuberculosis: Dolor de cabeza severo: NO	Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO
dicectomía: NO Traumatismos cráneo: NO Traumatismos columna: NO Fracturas: NO Otro accidente importante:	Observaciones: Ha tenido o tiene ahora: Asma bronquial: Fiebre reumática: Enfermedades cardíacas: NO Tuberculosis: Dolor de cabeza severo: Hernias: NO Hernias:	Ulcera gastroduodenal: Diabetes: Convulsiones: Vértigos o mareos: Problemas emocionales: Hipertensión arterial:
sfusiones:	Asma bronquial: NO Fiebre reumática: NO Tuberculosis: NO Dolor de cabeza severo: NO Hernias: NO Otra enfermedad seria: NO	Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO Hipertensión arterial: NO
sfusiones:	Asma bronquial: NO Fiebre reumática: NO Tuberculosis: NO Dolor de cabeza severo: NO Hernias: NO Otra enfermedad seria: NO	Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO Hipertensión arterial: NO
Otro accidente importante:	Asma bronquial: NO Fiebre reumática: NO Tuberculosis: NO Dolor de cabeza severo: NO Hernias: NO Otra enfermedad seria: NO Por cada Si explique y dé fechas:	Ulcera gastroduodenal:
operación sería: NO	Asma bronquial: NO Fiebre reumática: NO Tuberculosis: NO Dolor de cabeza severo: NO Hernias: NO Otra enfermedad seria: NO Por cada Sí explique y dé fechas: NO Apendicectomía: NO	Ulcera gastroduodenal: Diabetes: Convulsiones: Vértigos o mareos: Problemas emocionales: Hipertensión arterial: Traumatismos cráneo:
operación sería: NO	Asma bronquial: NO Fiebre reumática: NO Tuberculosis: NO Dolor de cabeza severo: NO Hernias: NO Otra enfermedad seria: NO Por cada Sí explique y dé fechas: NO Transfusiones: NO Transfusiones: NO	Ulcera gastroduodenal:
operation of the control of the cont	Asma bronquial: NO Fiebre reumática: NO Tuberculosis: NO Dolor de cabeza severo: NO Hernias: NO Otra enfermedad seria: NO Por cada Sí explique y dé fechas: NO Transfusiones: NO Transfusiones: NO	Ulcera gastroduodenal: NO Diabetes: NO Convulsiones: NO Vértigos o mareos: NO Problemas emocionales: NO Hipertensión arterial: NO Traumatismos cráneo: NO Traumatismos columna: NO Fracturas: NO
nada SI Avolinija v de fechas	Asma bronquial: NO Fiebre reumática: NO Tuberculosis: NO Dolor de cabeza severo: NO Hernias: NO Otra enfermedad seria: NO Por cada Si explique y de fechas: — Apendicectomía: NO Transfusiones: NO	Ulcera gastroduodenal:
cada SI explique y de fechas:	intenido o tiene ahora: Ima bronquial: Ima bronqui	Ulcera gastroduoden Diabetes: Convulsiones: Vértigos o mareos: Problemas emocior Hipertensión arterial: Traumatismos cráne Traumatismos colun Fracturas: Otro accidente impo

Ojos, nariz o garganta: NO Tórax, pulmones, corazón: NO Cabeza, cuello: NO Abdomen, estómago, intestinos: NO

Firma y Sello del Médico MEDICA - M.P. Esp. Tocogineo M.E. 1901 Aclaración: Evelyn Mateo, Teléfono: 3571594799	o: testesión oc afirmativa explique	0 Piel: Piel:
Tiene Ud. reacción alérgica a: Suero: Progas: Otros: Si su contestación es afirmativa de el nombre y tipo de reacción Vacunas: Indique fecha: Viruela: 16-01-05 Difteria: 18-01-05 Polio: 26-03-09. Toma alguna medicación en forma regular. Vacuria? Len qué dosis?: Indique incapacidades físicas Indique incapacidades mentales: Indique incapacidades mentales: Observaciones: Napona Observaciones: Napona Alumno	Si su contestacion es ammauva, expirque	
Suero: No Drogas; Alimento: No Otros: Si su contestación es afirmativa de el nombre y tipo de reacción Vacunas: Indique fecha: Viruela: 16 - 0 1 - 0 5 Tetano: 18 - 0 1 - 0 5 Tetano: Toma alguna medicación en forma regular. No Coul?: Len que dosis?: Indique incapacidades físicas Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Al DITANO Alama Docume Personal Al DITANO Alama Docume Personal Filma y Sello del Médico Actaración: Evel y nate o Actaración: Actaración: Teléfono: 3 5 71 5 14 1 9 7 Teléfono: Teléfono: 3 5 71 5 14 1 9 7		
Suero: No Drogas; Alimento: No Otros: Si su contestación es afirmativa de el nombre y tipo de reacción Vacunas: Indique fecha: Viruela: 16 - 0 1 - 0 5 Tetano: 18 - 0 1 - 0 5 Tetano: Toma alguna medicación en forma regular. No Coul?: Len que dosis?: Indique incapacidades físicas Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Al DITANO Alama Docume Personal Al DITANO Alama Docume Personal Filma y Sello del Médico Actaración: Evel y nate o Actaración: Actaración: Teléfono: 3 5 71 5 14 1 9 7 Teléfono: Teléfono: 3 5 71 5 14 1 9 7		
Suero: No Drogas; Alimento: No Otros: Si su contestación es afirmativa de el nombre y tipo de reacción Vacunas: Indique fecha: Viruela: 16 - 0 1 - 0 5 Tetano: 18 - 0 1 - 0 5 Tetano: Toma alguna medicación en forma regular. No Coul?: Len que dosis?: Indique incapacidades físicas Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Al DITANO Alama Docume Personal Al DITANO Alama Docume Personal Filma y Sello del Médico Actaración: Evel y nate o Actaración: Actaración: Teléfono: 3 5 71 5 14 1 9 7 Teléfono: Teléfono: 3 5 71 5 14 1 9 7		STORESTAND OF THE STOREST WITH CONTRACT THE STOREST PROPERTY OF THE STOREST PROPERTY PROPE
Vacunas: Indique fecha: Viruela: 16-01-05 Tetano: 18-01-05 Toma alguna medicación en forma regular. No ¿Cuál?	Tiene Ud. reacción alérgica a:	
Vacunas: Indique fecha: Viruela: 16-01-05 Tetano: 18-01-05 Toma alguna medicación en forma regular. No ¿Cuál?	Suero: No	Drogas: NO
Vacunas: Indique fecha: Viruela: 16-01-05 Tetano: 18-01-05 Toma alguna medicación en forma regular. No ¿Cuál?	Alimento: No	Otros: N 3
Vacunas: Indique fecha: Viruela: 16-01-05 Tetano: 18-01-05 Polio: 26-03-09. Toma alguna medicación en forma regular. ¿En qué dosis?: Indique incapacidades físicas Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Indique enfermedades mentales: Observaciones: Napona Observaciones: Napona Alunno Alunno Observacione Personal Alunno Observ	Si su contestación es afirmativa dé el nomb	re y tipo de reacción
Viruela: 16-01-05 Tétano: 18-01-05 Polio: 26-03.07. Toma alguna medicación en forma regular. No ¿Cuál? ¿En qué dosis?: Indique incapacidades físicas Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Observaciones: Napuna Observaciones: Napuna Observaciones: Napuna Aumo (Docente (Personal augura de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Aumo (Docente (Personal augura de la Universidad de Palermo). Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico Aciaración: Evel y nateo Teléfono: 3571594197		
Viruela: 16-01-05 Tétano: 18-01-05 Polio: 26-03.07. Toma alguna medicación en forma regular. No ¿Cuál? ¿En qué dosis?: Indique incapacidades físicas Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Observaciones: Napuna Observaciones: Napuna Observaciones: Napuna Aumo (Docente (Personal augura de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Aumo (Docente (Personal augura de la Universidad de Palermo). Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico Aciaración: Evel y nateo Teléfono: 3571594197		
Toma alguna medicación en forma regular	Vacunas: Indique fecha:	
Toma alguna medicación en forma regular	Viruela: 16 - 01 - 05	Difteria:16 01 05.
Toma alguna medicación en forma regular	Tétano: 18-01-05	Polio: 26.03.09.
Indique incapacidades físicas Indique enfermedades mentales:		
Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Indique enfermedades mentales: Observaciones: Naguna Alumno		
Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Observaciones: Nagons Observaciones: Observaciones: Observaciones: Observaciones: Nagons Observaciones: Observaciones: Observaciones: Nagons Observaciones: Observaciones	¿Codai?	ZEIT que dosas:.
Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Observaciones: Nagons Observaciones: Observaciones: Observaciones: Observaciones: Nagons Observaciones: Observaciones: Observaciones: Nagons Observaciones: Observaciones		
Indique incapacidades mentales: Indique enfermedades mentales: Observaciones: Nagons Observaciones: Observaciones: Observaciones: Observaciones: Nagons Observaciones: Observaciones: Observaciones: Nagons Observaciones: Observaciones	Indiana lasangal dadar fistana	
Observaciones: Napona Prtificado de Salud En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico Aclaración: EVELYN MEDICA - M.P. ESP. Tocogineo Aclaración: EVELYN MEDICA - M.P. Teléfono: 3 5 7 5 9 4 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	Indique incapacidades risicas	
Observaciones: Napona Prtificado de Salud En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico Aclaración: EVELYN MEDICA - M.P. ESP. Tocogineo Aclaración: EVELYN MEDICA - M.P. Teléfono: 3 5 7 5 9 4 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	W 981 25 985 W 981 10 N 10 N	
Observaciones: Napuna Prifficado de Salud En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno (Docenie (Personal) en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico (ME) (Personal) Firma y Sello del Médico (ME) (Personal) Aclaración: EVELYN (ME) (PES) (P	CONTROL OF THE CONTRO	
ertificado de Salud En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno Docente (Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico Aclaración: EVELYN L MÉDICA - M.P. ESD. Tocogineo M.E. 1901 Aclaración: EVELYN MEDICA - M.P. ESD. Tocogineo M.E. 1901 Teléfono: 3371 594 399	Indique enfermedades mentales:	
ertificado de Salud En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno Docente (Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico Aclaración: EVELYN L MÉDICA - M.P. ESD. Tocogineo M.E. 1901 Aclaración: EVELYN MEDICA - M.P. ESD. Tocogineo M.E. 1901 Teléfono: 3371 594 399		
ertificado de Salud En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno Docente (Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico Aclaración: EVELYN L MÉDICA - M.P. ESD. Tocogineo M.E. 1901 Aclaración: EVELYN MEDICA - M.P. ESD. Tocogineo M.E. 1901 Teléfono: 3371 594 399	Observaciones: NINDUNZ	
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico	Observaciones. The rest of the	
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico	A STATE OF THE STA	
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
En mi carácter de Médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un est de salud tal que le permite su normal desempeño como Alumno /Docente /Personal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de Médico Médico Medico		
de salud tal que le permite su normal desempeño como en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico Aclaración: Evelyn Mateo Aclaración: Evelyn Mateo Teléfono: 3571594799	prtificado do Salud	
de salud tal que le permite su normal desempeño como en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corre Firma y Sello del Médico Aclaración: Evelyn Mateo Aclaración: Evelyn Mateo Teléfono: 3571594799		
Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son corresponde de la companya del companya del companya de la companya del companya de la companya de la companya del companya de la companya del companya	En mi carácter de Médico certifico que	el titular de la presente ficha médica, goza de un est
Asimismo certifico que el mismo no padece trastornos mentales, ni presenta incapacidad que afectan tales actividades, y que los datos consignados en este documento son correction de la companya del companya del companya de la companya del companya de la companya de la companya del companya de la companya del companya del companya del companya de la companya del co	En mi carácter de Médico certifico que	desempeño como Alumno
Firma y Sello del Médico Aclaración: Evel y n Mateo Aclaración: Evel y n Mateo Teléfono: 3571594799	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal	desempeño como Alumno
Firma y Sello del Médico Aclaración: Evel y n Mateo Aclaración: Evel y n Mateo Teléfono: 3571594799	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal	desempeño como Alumno
Firma y Sello del Médico Aclaración: Evel y n Mateo Teléfono: 3571594799	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal en la Universidad de Palermo.	Alumno /Docente /Personal adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad
Firma y Sello del Médico MEDICA - M.P. Esp. Tocogineo M.E. 1901 Aclaración: Evelyn Mateo, Teléfono: 3571594799	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal en la Universidad de Palermo.	Alumno /Docente /Personal adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad
Firma y Sello del Médico Esp. Tocogineo M.E. 1901 Aclaración: Evelyn Mateo Teléfono: 3571594799	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal en la Universidad de Palermo.	adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad os datos consignados en este documento son corre
Aclaración: Evelyn Mateo . Teléfono: 3571594799	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal en la Universidad de Palermo.	adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad os datos consignados en este documento son corre
Teléfono: 3571574 197	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no pa que afectan tales actividades, y que lo	adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad os datos consignados en este documento son corre
Teléfono: 3571574 197	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no paque afectan tales actividades, y que lo	adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad os datos consignados en este documento son corre
	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no paque afectan tales actividades, y que lo	adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad os datos consignados en este documento son corre
	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no po que afectan tales actividades, y que lo	Alumno /Docente /Personal adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad os datos consignados en este documento son corre Alumno /Docente /Personal adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad os datos consignados en este documento son corre Alumno /Docente /Personal Alumno /Docente /Personal
	En mi carácter de Médico certifico que de salud tal que le permite su normal en la Universidad de Palermo. Asimismo certifico que el mismo no paque afectan tales actividades, y que lo	Alumno /Docente /Personal adece trastornos mentales, ni presenta incapacidad os datos consignados en este documento son correspondentes de la compansión de la