



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	PUNDANG				NOMBRE	VALENTIN			
Nº DNI	46.645.829				NACIONALIDAD	ARGENTINO			
TEL. FIJO	NO TENGO 1534115940 - PAPÁ				CELULAR	1534116998 -MAMÁ			
FECHA DE NACIMIENTO	06	06	06	EDAD	16 AÑOS				
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	CORDOBA			Nº 1755				
BARRIO				LOCALIDAD	BELLA VISTA			CP	1661
¿TIENE OBRA	SI	NO	¿CUÁL?	OSDE	Nº SOCIO	61528980003			
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma) SOLO CARNET DIGITAL									
EDUCACIÓN	INICIAL	EN CURSO		COMPLETO		INCOMPLETO		AÑO	
	PRIMARIO	EN CURSO		COMPLETO		INCOMPLETO		AÑO	
	SECUNDARIO	EN CURSO	X	COMPLETO		INCOMPLETO		AÑO	6 TO.

BREVE HISTORIA CLINICA (Marcar lo que corresponda y completar)

¿Es Alérgico? SI - **NO**. ¿A qué?

¿Está tomando alguna medicación? SI - **NO**. ¿Cuál?

COVID-19 POSITIVO. SI - **NO** Fecha de alta

¿Ha sufrido en los últimos 30 días? (Marcar con una cruz).

Procesos inflamatorios: **NO** ¿Cuál?

Fractura o esguinces: **NO** ¿Cuál?

Enfermedades infecto - contagioso: **NO** ¿Cuál?

Intervenciones quirúrgicas **NO** ¿Cuál?

¿Cuáles son los factores de riesgo y/o enfermedades crónicas que presenta? Soplos cardiaco - Hipertensión - Diabetes - Asma - Epilepsia - Oncológica - Psiquiátrica - Obesidad - Otros.

¿Cuál? NINGUNO

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI - **NO** ¿Cuál? Apendicitis - Amigdalitis - Hernia - Otra

OIDOS 2012

¿Tiene intolerancia a algún alimento o medicamento? SI - **NO** ¿A cuál?

¿Tuvo alguna vez dolor en el pecho, palpitaciones o desmayos durante la realización de actividades físicas? SI - **NO** ¿Cuál?

Considera proporcionar alguna información que no esté representada en los ítems anteriores: SI - **NO**

¿Cuál?

GrupoSanguineo: A+



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

En Mi Carácter de: Padre /Madre / Tutor Legal / Rep. Legal Apoderado. (Tachar lo que no corresponda)

NOMBRE Y APELLIDO	MARIANA DOTTI MARTINEZ		
D.N.I.	27942926	TELÉFONO	1534116998
LUGAR Y FECHA: SAN MIGUEL, 25 DE FEBRERO FIRMA:			

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
PAPA	HERNAN PUNDANG	1534115940	47831409
MAMA	MARIANA DOTTI M.	1534115940	

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
PUNDANG

Nombre / Name
VALENTÍN

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
06 JUN/ JUN 2006

Fecha de emisión / Date of issue
12 JUN/ JUN 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry
12 JUN/ JUN 2036

Valen

FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Documento / Document

46.645.829

Trámite N° / Of. ident.

**00662709331
9005**



DOMICILIO: CORDOBA 1755 BELLA VISTA - BUENOS AIRES -
SAN MIGUEL - ARGENTINA
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES



CUIL: 20-46645829-6

de Pedro

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior



PULGAR

IDARG46645829<4<<<<<<<<<<<<<<<<
0606066M3606126ARG<<<<<<<<<<<<<6
PUNDANG<<VALENTIN<<<<<<<<<<<<<<

CUNA	DOSIS	FECHA	SELLO Y FIRMA	LOTE
ANTIGRI PAL	015/08	4/7/08 (2da dosis)	POLICLINICA INDARTE	
ANTIGRI PAL	4/5/08		POLICLINICA INDARTE	
SOP	036/08	22/10/08		
ANTIGRI PAL	015/10			
ANTIGRI PAL	- 8 ABR 2011		VACUNAR MILAGROS LEYVA M.N. 33.828	109801
ANTIGRI PAL	09 MAY 2012		VACUNAR MILAGROS LEYVA M.N. 33.828	114601
NE-S VAC C	21/02/13		CENTRO DE VACUNACION Prevenir	VNSIL123
	17-7-13		ZULEMA GUZMÁN L.C. EN ENFERMERIA MAT 3374	

CALENDARIO DE VACUNACION

EDAD	BCG (1)	TRIPLE BACTERIANA (DPT) (2)	ANTIHAEMOPHILUS (Hib)	SABIN	HEPATITIS B	TRIPLE VIRAL (SRP)(3)	DOBLE ADULTOS (dTa)(4)
RECIENTE NACIDO	1ª DOSIS*				1ª DOSIS*		
2 MESES		1ª DOSIS	1ª DOSIS	1ª DOSIS	2ª DOSIS		
4 MESES		2ª DOSIS	2ª DOSIS	2ª DOSIS			
6 MESES		3ª DOSIS	3ª DOSIS	3ª DOSIS	3ª DOSIS		
12 MESES						1ª DOSIS	
18 MESES		4ª DOSIS (1º REFUERZO)	4ª DOSIS (1º REFUERZO)	4ª DOSIS (1º REFUERZO)			
6 AÑOS	REFUERZO	2º REFUERZO		2º REFUERZO		REFUERZO	
16 AÑOS							REFUERZO
CADA 10 AÑOS							REFUERZO

*Antes del egreso de la maternidad

- (1) B.C.G.: Tuberculosis
- (2) D.P.T.: Difteria - Pertussis (Tos Convulsa) - Tétanos
- (3) S.R.P.: Sarampión - Rubeola - Paratiditis
- (4) dTa.: Difteria - Tétanos



TRINIDAD
MEDICAL CENTER

CERTIFICADO DE VACUNACION

NOMBRE Y APELLIDO: PUNSWG
VALENTIN

FECHA DE NACIMIENTO: 06/06/06

DOMICILIO: _____

TEL.: _____

D.N.I.: _____



VACUNA	DOSIS	FECHA	SELLO Y FIRMA	LOTE
MSA	1°	14/06	UNIDAD MEDICAL CENTER VACUNATORIO	1041066C
GARDASIL®				
Lote: N014541 Vat: 18-01-2020				
GARDASIL®				
Lote: N014541 Vat: 18-01-2020				
GARDASIL®				
Vacuna cuadrivalente recombinante contra el virus del papiloma humano, tipos 6, 11, 16 y 18.				
SILEGARD VPH®				
Vacuna cuadrivalente recombinante contra el papiloma humano, tipos 6, 11, 16 y 18.				
VACUNA SABIN®				
Suspensión líquida estéril de poliovirus humano, tipos 1, 2 y 3.				
0.5ml. Para inyección I.M.				
Conservar entre 2 y 8°C.				
No congelar.				
1° R		6/3/08	TRINIDAD MEDICAL CENTER VACUNATORIO	Quintuple
2° R		22/08/2012	TRINIDAD MEDICAL CENTER VACUNATORIO	29.11.12
TRIPLE VIRAL SRP				
1°		7/4/07		
R		22/08/2012		

VACUNA	DOSIS	FECHA	SELLO Y FIRMA	LOTE
TRIPLE - CUADRUPL - QUINTUPLE - Septuple	1°	14/8/06	UNIDAD MEDICAL CENTER VACUNATORIO	21CA204D
	2°	27/10/06	TRINIDAD MEDICAL CENTER VACUNATORIO	2-2152/2
	3°	30/12/06	TRINIDAD MEDICAL CENTER VACUNATORIO	21CA233B
	1° R	6/3/08		
	2° R	22/08/2012		
DOBLE (dTta)				
VARICELA		10-12-07		076C4575A
RUBEOLA				
SARAMPION				
ANTIGRIPIAL		25/4/11		

INDICACIÓN DE VACUNACIÓN

Vacuna... ant. fupol
 Tipo... Paul. cepa 2008
 Aplicar... a los 18 m.
 (2- a 6-30 días).
 Firma... [Signature]
 Fecha... 24/4/08

VACUNATORIO
TRINIDAD MEDICAL CENTER
CONSTANCIA DE VACUNACION
 Nombre y Apellido: Purday Valtier

Vacuna	Fecha	Dosis	Lote
Preneenas	4/1/08	5/1	B16492F

UNIDAD MEDICAL CENTER
VACUNATORIO