



34° ENCUENTRO PLURINACIONAL DE MUJERES, LESBIANAS, TRAVESTIS, TRANS, Y NO BINARIOS



LA PLATA - 12, 13 y 14 de octubre de 2019

INFORME DE SALUD

NOMBRE COMPLETO:

EDAD:.....AÑOS.

DNI N°:.....MAIL:.....TELEFONO:.....

GRUPO SANGUINEO:.....FACTOR RH:.....LEGAJO N°:.....

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?:..... INDICAR CUAL:

ESTA MEDICADA:.....INDIQUE LOS MEDICAMENTOS:.....

ALERGIAS: si es alérgica a alguno de estos elementos, marque el casillero correspondiente:

Lácteos	Salsas	Verduras	Condimentos
Embutidos	Gaseosas	Harinas	Frituras
Pescados	Carnes	Quesos	Otros:
Polvillo/Polen	Plantas	Otros	

Alergia a MEDICAMENTOS:.....Individualice:

TIENE DIFICULTADES: (SI / NO)

APARATO LOCOMOTOR	APARATO CIRCULATORIO	APARATO RESPIRATORIO
NARIZ	GARGANTA	APARATO DIGESTIVO
PIEL		

ALIMENTACION

VARIADA	INTOLERANTE A LA LACTOSA	OTRO:
VEGANA	INTOLERANCIA ALIMENTARIA A :	
VEGETARIANA		
SIN TACC (CELIAQUÍA)		

Indique su presión arterial normal:.....

Tiene restricción en las comidas:.....Indique:

Lugar y fecha:

FIRMA