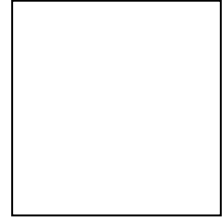




CENTRO DE DÍA DEL ADULTO MAYOR CÉDULA DE INSCRIPCIÓN



FECHA DE ACTUALIZACIÓN: _____



DATOS PERSONALES

Club: _____ Comunidad: _____

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Edad: _____ Sexo: Femenino () Masculino () Curp: _____

Ocupación actual: _____ Ocupación anterior: _____

Estado civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viudo ()

Escolaridad: _____

Domicilio: _____
Calle Número Colonia

_____ Cp. Municipio Estado

Teléfono: _____ ¿Vive solo? Si () No ()

¿Con quién? _____

Nombre de la persona responsable: _____

Domicilio: _____
Calle Numero Colonia

_____ Cp. Municipio Estado

Teléfono: _____

SITUACIÓN ECONÓMICA

A) ¿COMO OBTIENE SUS INGRESOS?

B) TOTAL, DE INGRESOS MENSUALES

C) EGRESOS MENSUALES (descripción)

TOTAL: _____

OBSERVACIONES:

A) ¿PERTENECE A ALGUNA ASOCIACION O CLUB? SI () NO ()

¿CUÁL? _____

B) ¿ASISTE A EVENTOS CULTURALES? SI () NO ()

¿DE QUE TIPO? _____

C) ¿GUSTA DE REALIZAR EXCURSIONES? SI () NO ()

¿POR QUÉ? _____

¿A DÓNDE TE GUSTARIA IR? _____

D) ¿DESARROLLA ALGUN TIPO DE ACTIVIDAD MANUAL? SI () NO ()

¿DE QUE TIPO? _____

E) ¿EN QUE OCUPA SU TIEMPO LIBRE?

F) ¿REALIZA ACTIVIDADES DEPORTIVAS? SI () NO ()

¿CUÁLES?



CENTRO DE DÍA DEL ADULTO MAYOR CÉDULA DE INSCRIPCIÓN



INFORMACIÓN MÉDICA

A) ¿CUENTA CON ALGÚN SERVICIO MÉDICO?

IMSS () ISSSTE () SS () DDF ()
OTROS()

B) DOMICILIO DE LA CLINICA QUE LE CORRESPONDE O DATOS DEL DOCTOR QUE LO ATIENDEN:

C) AFILIACION POR: ESOSO (A) () HIJO (A) () JUBILADO _____

OTROS: _____

TIPO DE SANGRE: _____

ALERGIAS: _____

PADECIMIENTOS: _____

MEDICAMENTOS QUE TOMAN: _____

NOTA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ADULTO
MAYOR

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE
DEL CLUB

NOMBRE Y FIRMA DEL
COORDINADOR DE CENTRO DE DÍA