



SISTEMA DIF MUNICIPAL CELAYA
PROGRAMA DE ATENCION PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES.

SOLICITUD DE INGRESO

CELAYA, GTO., A _____ DE _____ DEL 20_____.

GRUPO GERONTOLOGICO: _____

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____

OCCUPACION: _____

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD: SI _____ NO _____ ¿CUAL? _____

REFERENCIAS FAMILIARES

(1)NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____ EDAD: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELEFONO PARTICULAR: _____ CELULAR: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

DOMICILIO DEL TRABAJO: _____ TELEFONO: _____

(2)NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____ EDAD: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELEFONO PARTICULAR: _____ CELULAR: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

DOMICILIO DEL TRABAJO: _____ TELEFONO: _____

AVISO DE PRIVACIDAD: Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la Coordinación de Adulto Mayor, DIF Estatal así como en el Registro Estatal de Protección de Datos Personales, por lo que únicamente serán utilizados para ellos y para fines al interior de la administración. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Celaya, Gto., es la unidad administrativa responsable del tratamiento de los datos personales recabados. En caso de ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos, o de presentarse alguna duda al respecto, deberá dirigirlo a la Unidad de Acceso a la Información Pública de Celaya, Gto., ubicada en Aguirre y Maya # 104 poniente, primer piso, Zona Centro, C.P. 38000 Celaya, Gto. Lo expuesto se informa en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado y los Municipios de Guanajuato.



SISTEMA DIF MUNICIPAL CELAYA
PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

CARTA RESPONSIVA

CELAYA, GTO., A _____ DE _____ DEL 20 _____

SABIENDO QUE LAS LABORES QUE SE REALIZAN DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA ADULTOS MAYORES DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL CELAYA, SON DE BUENA FÉ, SE DESLINDA DE TODA RESPONSABILIDAD AL PERSONAL QUE AHÍ LABORA Y A LA INSTITUCIÓN A CARGO, DE LO QUE PUDIERA PASAR O SUCEDERME COMO ADULTO MAYOR, BENEFICIARIO Y USUARIO DEL MISMO; ASÍ MISMO MANIFIESTO QUE EN TODO MOMENTO ACATARÉ LA NORMATIVIDAD DEL CENTRO.

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: _____

FIRMA: _____

COMO FAMILIAR RESPONSABLE DEL ADULTO MAYOR, AUTORIZÓ AL PERSONAL QUE LABORA DENTRO DE LA COORDINACIÓN DE ADULTO MAYOR DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL CELAYA, PARA QUE EN CASO DE QUE SE REQUIERA, SEA ATENDIDO EN DONDE CONSIDERE NECESARIO Y SI REQUIERE SER HOSPITALIZADO, LOS FAMILIARES NOS HAREMOS CARGO DE TODOS LOS GASTOS OCASIONADOS POR SU ATENCIÓN MEDICA.

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____

FIRMA: _____

SERVICIO DE SALUD CON QUE CUENTA:

IMSS _____ ISSSTE _____ SEGURO POPULAR _____ CENTRO DE SALUD _____

PARTICULAR _____ NINGUNO _____ OTRO ¿CUÁL? _____

NUMERO DE AFILIACIÓN: _____

PADECIMIENTOS CRÓNICOS	SI	NO
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN		
DIABETES MELLITUS		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
HIPOTENSIÓN ARTERIAL		
CÁNCER O TUMORES		
ARTRITIS		
OTRO:		

Medicamento o tratamiento que recibe: