

SOLICITUD DE INGRESO

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

GRUPO GERONTOLOGICO: _____.

DATOS DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO: _____

C.P. _____ TELEFONOS: _____

OCUPACION: _____ ¿ESTÁ PENSIONADO O JUBILADO?: _____

SERVICIO DE SALUD CON QUE CUENTA:

IMSS _____ ISSSTE _____ SEGURO POPULAR _____ NINGUNO _____

OTRO ¿CUÁL? _____ NÚMERO DE AFILIACIÓN: _____

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD, ¿CUAL?: _____

PADECIMIENTOS CRONICOS	SI / NO	MEDICAMENTO O TRATAMIENTO QUE RECIBE:		
ENFERMEDADES DEL CORAZON				
DIABETES MELLITUS				
HIPERTENSIÓN ARTERIAL				
HIPOTENSIÓN ARTERIAL				
CANCER O TUMORES				
ARTRITIS				
OTRO:				
ALERGIAS:		TIPO DE SANGRE:		
¿UTILIZA?	SI / NO	¿HA TENIDO CIRUGÍAS, CUÁLES?	SI	NO
SILLA DE RUEDAS				
BASTÓN				
ANDADERA				
LENTES		TIENE ALGÚN PADECIMIMIENTO NEUROLOGICO O COGNITIVO, SI / NO, ¿CUÁL?		
PROTESIS DENTALES				
AUXILIAR AUDITIVO				

CARTA RESPONSIVA

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

SABIENDO QUE LAS LABORES QUE SE REALIZAN DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CELAYA, GTO., 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, MANIFIESTO QUE EN TODO MOMENTO ACATARÉ LA NORMATIVIDAD DEL CENTRO.

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: _____

FIRMA DEL ADULTO MAYOR: _____

COMO FAMILIAR RESPONSABLE DEL ADULTO MAYOR, AUTORIZO 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 DE SER HOSPITALIZADO, LOS FAMILIARES NOS HAREMOS CARGO DE TODOS LOS GASTOS OCASIONADOS POR SU ATENCIÓN MÉDICA.

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____

FIRMA DEL FAMILIAR: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____ EDAD: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELEFONOS: PARTICULAR: _____ CELULAR: _____ TRABAJO: _____

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____ EDAD: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELEFONOS: PARTICULAR: _____ CELULAR: _____ TRABAJO: _____