



FICHA DE PRESENTACIÓN DE ADULTO MAYOR

DATOS DEL CENTRO DIURNO:

Nombre: Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano

Dirección: San José, Goicoechea, Guadalupe, El Alto, de Colegio Madre del Divino Pastor 100 este,
100 sur y 25 oeste

Teléfono: 2285-6251 Correo electrónico: centrodiurno@asecacr.org

DATOS DEL ADULTO MAYOR:

Nombre Completo

Nombre _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Nacionalidad

Identificación

Cédula: _____

Fecha de nacimiento

Día _____ Mes _____ Año _____ Edad cumplida _____

Pensionado Si () No ()

Tipo de pensión: _____ Monto de la pensión: _____

Aporte económico a Centro Diurno:

La persona encargada del Adulto Mayor se compromete a cancelar mensualmente la cuota de
¢ _____; debe cancelarse los primeros 10 días de cada mes.

En caso de emergencia autorizo a la **Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano** para que llame al servicio de emergencias 911 y que le brinden asistencia. También se llamará al contacto de emergencia:

Nombre: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono habitación _____

Teléfono oficina _____ Correo electrónico _____

Firma Adulto Mayor

Firma de Encargado

Firma Asociación