



Solicitud de Ingreso

Datos del Adulto Mayor

Nombre Completo

Nombre _____

Primer apellido _____

Segundo apellido _____

Identificación

Cédula: _____

Fecha de nacimiento

Día _____ Mes _____ Año _____

Edad cumplida _____

Estado Civil

Casado () Divorciado () Viudo () Soltero () Separado () Otras ()

Si marca otras, explique:

Cantidad de Hijos

Hombres _____ Mujeres _____ Total _____

Dirección Actual

Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____

Especifique: _____

Teléfonos

Casa _____ Celular _____ Otro _____

Correo electrónico: _____



Situación Económica del Adulto mayor

Pensión: SI () NO () Tipo de pensión _____ Monto _____

Otros ingresos especifique: _____

Situación Habitacional

El adulto mayor actualmente vive

Solo () Familiares () otros ()

Explique: _____

La casa en que vive es

Propia () Alquilada () Prestada () Otra ()

Explique: _____

Estado de Salud

Enfermedades que padece el adulto mayor:

Por favor explique: _____

El Adulto Mayor requiere algún tipo de cuidado especial por su condición SI () NO ()

Por favor explique: _____

Ha sido operado SI () NO ()

El Adulto Mayor requiere algún tipo de cuidado especial por la operación SI () NO ()

En caso de contestar que si detalle: _____



El Adulto Mayor presenta algún tipo de Dependencia:

El adulto mayor es capaz de cubrir sus necesidades básicas:

Ir al baño solo SI () NO () Alimentarse por sí mismo SI () NO ()

Movilizarse solo SI () NO () Consumir medicamentos sin supervisión SI () NO ()

Comunicar sus necesidades SI () NO () Utiliza pañales SI () NO ()

Dependencia Física SI () NO ()

Por favor explique detalladamente: _____

Dependencia Social SI () NO ()

Por favor explique detalladamente: _____

Dependencia Mental SI () NO ()

Por favor explique detalladamente: _____

El Adulto Mayor puede salir del centro sin compañía del responsable, previa consulta con el mismo:

SI () NO ()

Por favor explique detalladamente: _____



Persona encargada del Adulto Mayor

Nombre Completo

Nombre _____

Primer apellido _____

Segundo apellido _____

Identificación

Cédula: _____

Teléfonos

Casa _____ Celular _____ Otro _____

Correo electrónico: _____

Parentesco con el Adulto mayor:

¿Por qué razón requiere atención del Centro Diurno?

Para completar este formulario debe agregar los siguientes documentos

- Cédula de identidad original y copia
- 2 Fotos tamaño pasaporte
- Constancia de Pensión emitido por la C.C.S.S
- Certificado Médico Timbrado de Epicrisis emitido por la CCSS
- Leer y firmar el Reglamento de Admisión para el Adulto Mayor
- Completar Ficha de Presentación del Adulto Mayor
- Cedula de Identidad de la persona encargada del Adulto Mayor original y copia
- Solicitud de afiliación de la persona encargada del Adulto Mayor

Fecha _____

Nombre y Firma del Solicitante responsable: _____

Nombre y Firma del Funcionario que la recibe: _____

Aprobado en Sesión de Junta Directiva No _____, fecha _____



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



Centro Diurno ASECA

Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano

Señores
Junta Directiva
Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano
Presente

Estimados señores:

Por este medio les solicito la autorización para afiliarme a esta asociación. Lo anterior con el fin de mantener informado y participar en las actividades que se lleven a cabo, además de colaborar activamente en la labor que ustedes realizan, de la misma manera me comprometo a cumplir fielmente con los estatutos y reglamentos de la asociación, así como a cancelar los primeros días de cada mes la cuota mensual estipulada para ayudar a solventar los gastos de la misma.

Les agradezco la atención a la presente y espero me permitan ser parte la organización.

Atentamente,

Nombre: _____

Cédula de identidad: _____

Teléfono móvil: _____ teléfono habitación: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Encargado de: _____

Fecha de solicitud: _____

Firma

Aprobado en Sesión de Junta Directiva No _____, fecha _____