|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  | | | | | | | | Numero de Caso: | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección residencial: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono residencial: | | | | | | | | | | | | Celular: | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: | | | | | | | | | | | | Lugar de nacimiento: | | | | | | | | |
| Edad:     Género: M F | | | | | | | | | | | | Número de hijos: | | | | | | | | |
| Estado Civil: | | | Soltero | | | | | | Casado | | | | | | Convivencia consensual | | | | | |
|  | | |  | por viudez | | | | |  | pero separado | | | | | | | | | | |
|  | | |  | por divorcio | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Composición Familiar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Empleado/a | | | | | | | | | | | | Pensionado/a | | | | | | | |  |
| Desempleado/a | | | | | | | | | | | | Incapacitado/a | | | | | | | |  |
| Trabaja por cuenta propia | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| Otros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Ingresos mensuales: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | Seguro Social: | | | | | | | | | | | Renta: | | | | | | | |  |
|  | PAN: | | | | | | | | | | | Beneficios veteranos: | | | | | | | |  |
|  | Beneficios retiro: | | | | | | | | | | | Salario: | | | | | | | |  |
|  | Otros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Enfermedades o condición de salud: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| Alzheimer | | | | | | | | Derrame Cerebral | | | | | | | | | Presión Alta | | | |
| Arteriosclerosis | | | | | | | | Diabetes | | | | | | | | | Problemas de Circulación | | | |
| Artritis | | | | | | | | Enfermedades Cardiacas | | | | | | | | | Reumatismo | | | |
| Cáncer | | | | | | | | Enfermedades Respiratorias | | | | | | | | | Salud Mental | | | |
| Ceguera Parcial o total | | | | | | | | Osteoporosis | | | | | | | | | Sordera Parcial o total | | | |
| Demencia Senil | | | | | | | | Parkinson | | | | | | | | | Tiroide | | | |
| Limitaciones Físicas:  Otros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene Plan Médico? | | | | | Sí | | No | | | | Medicare: | | Sí | | | No | | |  | |
| Nombre Plan Médico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| Atendido por: | | Funcionario/a del Programa y Puesto | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | |