|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | 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 |