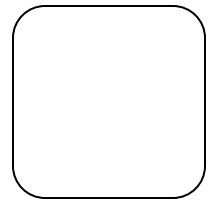




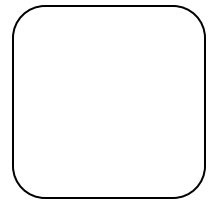
**SOLICITUD DE INGRESO
FUNDACIÓN PARA ANCIANOS
CONCEPCIÓN BEISTEGUI
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA**



Fecha de Elaboración:				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)
Fecha y lugar de Nacimiento				
Sexo	Estado Civil	Escolaridad	CURP	
Domicilio:				
¿De quién depende económicamente?				
Tiene derecho				
IMSS	Pensionado	Monto de la Pensión	Afilación	
ISSSTE				
OTRO				
¿Tiene tarjeta de ayuda de gobierno? ¿Cuál?				
¿Tiene contratado un servicio de previsión final? ¿Cuál?				
¿Presenta algún padecimiento? ¿Cuál?				
¿Recibe tratamiento?				
Usa pañal	Camina solo	Usa bastón	Usa andadera	Usa silla de ruedas
¿Requiere apoyo para realizar sus actividades diarias?				
Total	Parcial	Independiente	Necesita supervisión	



**SOLICITUD DE INGRESO
FUNDACIÓN PARA ANCIANOS
CONCEPCIÓN BEISTEGUI
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA**



DATOS DEL RESPONSABLE		
Nombre:		
Domicilio:		
Teléfono:	Celular:	
Correo electrónico:		
Parentesco:		
Personas a quien se pueda contactar en caso de emergencia:		
Nombre:		
Domicilio:		
Teléfono:	Celular:	Parentesco:
Nombre:		
Domicilio:		
Teléfono:	Celular:	Parentesco:
Nombre:		
Domicilio:		
Teléfono:	Celular:	Parentesco:
PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN		
Fecha de valoración médica: _____		
Apto () Apto condicionado () Condicionado ()		
Documentación recibida del solicitante:		
CURP () INE () Acta de nacimiento () Estudios médicos () INAPAM ()		
Documentación del Responsable:		
INE () Comprobante de domicilio () Comprobante de teléfono ()		
Fecha de ingreso a la Institución: _____		
Cuota a pagar: _____ Referencia Bancaria: _____		
Clave interbancaria: _____		
OBSERVACIONES		