

**ASILO MIGUEL HIDALGO
SOLICITUD DE INGRESO.**

Fecha: _____

Nombre del Responsable: _____

Domicilio: _____

Colonia: _____

Tel: Casa _____ Cel. _____

Parentesco: _____

Nombre del Solicitante: _____

Edad: _____ Est. Civil: _____

Domicilio: _____

Colonia: _____

Entre calles: _____

Considera que quiere el ingreso al asilo: _____

Pensionada _____ Que tipo _____

Tel. Casa _____ Cel. _____

Estado de Salud: (BUENO) (REGULAR) (MALO)

Se vale por sí mismo (SI) (No)

ASILO MIGUEL HIDALGO SOLICITUD DE INGRESO.

Enfermedades que padece:

Incontinencia (Si) (No)

Hipertensión (Si) (No)

Diabetes Mellitus (Si) (No)

Insuficiencia Cardíaca (Si) (No)

Enfermedad en fase Terminal (Si) (No)

Motivo de la Solicitud:

Trabajadora Social: _____

Familiar Responsable: _____

C. Paola Morales Nápoles
Jefa de departamento Asilo Miguel Hidalgo