



GOBERNACION DEPARTAMENTAL DE GUATEMALA
PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
FORMULARIO GRATUITO, PROHIBIDA SU VENTA

NUMERO DE DPI: _____ No. CARNET: _____

NOMBRE COMPLETO 1er. NOMBRE: _____ 2do. NOMBRE: _____

PRIMERO APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ DE CASADA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR RH: _____

DIRECCION DE RESIDENCIA (QUE COINCIDA CON LA DIRECCION DE SU RECIBO DE AGUA, LUZ O TELEFONO):

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____

DIRECCION DE AVISO: _____

TELEFONO DE AVISO: (3 MAXIMO): _____

ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO (PENICILINA, SULFAS, ETC.); COMIDA (CARNE DE CERDO, MARISCOS, ETC.) U OTRAS SUSTANCIAS.

NO: _____ SI: _____ A QUE: _____

PADECE DEL CORAZON, PRESION, ARTRITIS, OSTEOPOROSIS, DIABETES, ASMA Y OTRA ENFERMEDAD FISICA O MENTAL:

NO: _____ SI: _____ A QUE: _____

¿ES USTED JUBILADO O PENSIONADO?: SI _____ NO: _____