



Sistema Municipal

DIFTOLUCA

Llena de vida

"2022. Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

DIRECCIÓN DE PROGRAMAS AL ADULTO MAYOR
DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS, CASAS DE DÍA Y CLUB DE ADULTO MAYOR

CARTA RESPONSIVA PARA ACTIVIDADES EXTERNAS

YO _____

INTEGRANTE DEL CLUB DE ADULTOS MAYORES DENOMINADO _____

DE LA COMUNIDAD _____

BAJO MI RESPONSABILIDAD, DESEO ASISTIR A LAS ACTIVIDADES QUE SE REALICEN DENTRO Y FUERA DE LA CASA DE DÍA O CLUB DEL DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS, CASAS DE DÍA Y CLUB DE ADULTO MAYOR, ASÍ MISMO AUTORIZO A ESTE DEPARTAMENTO, PARA QUE EN CASO DE ALGÚN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SEA TRASLADADO AL SERVICIO MÉDICO QUE CONSIDEREN ADECUADO EN TANTO UN FAMILIAR LLEGUE, ASUMIENDO QUE SEREMOS MI FAMILIAR Y YO QUIENES SOLVENTAREMOS LOS GASTOS QUE SE DERIVEN.

ANTECEDENTES MEDICOS

Desvanecimiento () Hipertensión () Diabetes () Alcoholismo ()

Soy Alérgico a: _____ Otros _____

Institución a Medico que me Atiende _____

Nº de Clínica o Domicilio del Médico: _____

Teléfono de la Clínica o el Médico: _____

La condición física y de salud permite al beneficiario integrarse sin asistencia especial a las actividades externas como paseos y viajes: SI _____ NO _____

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre de algún familiar que se le pueda informar en caso necesario: _____

Parentesco: _____ Teléfono fijo: _____

Teléfono Celular: _____

Domicilio: _____

MANIFIESTO QUE TODOS LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE FORMATO SON VERDADEROS.

Nombre y Firma
INTEGRANTE DEL GRUPO

Nombre y Firma
ENTERADO FAMILIAR RESPONSABLE



Sistema Municipal

DIFTOLUCA

Llena de vida

"2022. Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

REGISTRO INDIVIDUAL
DIRECCIÓN DE PROGRAMAS AL ADULTO MAYOR
DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS, CASAS DE DÍA Y CLUB DE ADULTO MAYOR

Toluca Méx., a _____ de _____ de 20____

NOMBRE DE CASA DE DÍA O CLUB: _____

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

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

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ ESCOLARIDAD: _____

LUGAR DE ORIGEN: _____ OCUPACION: _____

FOLIO CREDENCIAL INE: _____

FOLIO CURP: _____

ANTECEDENTES MEDICOS

DESCRIPCIÓN: _____

ALERGICO: SI ___ NO ___ A: _____

NOMBRE Y No. DE CLINICA: _____ TELEFONO DE CLINICA O MÉDICO: _____

LA CONDICIÓN FÍSICA Y DE SALUD PERMITE AL BENEFICIARIO INTEGRARSE SIN ASISTENCIA ESPECIAL A LAS ACTIVIDADES DE UN CLUB O CASA DE DÍA: SI ___ NO ___

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE DE ALGUN FAMILIAR A QUIEN SE LE PUEDA INFORMAR EN CASO NECESARIO:

PARENTESCO: _____ TELEFONOS: _____

DOMICILIO DEL FAMILIAR: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL INSTRUCTOR

NOMBRE, FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

CARTA RESPONSIVA PARA ACTIVIDADES EXTERNAS

Fecha (1) _____

Yo: (2) _____
con identificación oficial con fotografía No.: (3) _____, domicilio en Calle
(4) _____ Número Exterior (5) _____
Colonia (6) _____ C.P.(7) _____ Municipio (8) _____
Teléfono Fijo (9) _____ Teléfono Celular (10) _____
CURP(11) _____ Estado Civil (12) _____ Grado de Estudios (13) _____
integrante del Grupo de Adultos Mayores denominado: (14) _____

Bajo mi responsabilidad, deseo asistir a las actividades externas que programe la Coordinación de Atención a Adultos Mayores; asimismo, autorizo a esta o al SMDIF de: (15) _____ para que, en caso de algún accidente o enfermedad, me trasladen al servicio médico que consideren adecuado, aclarando que seremos mi familia y yo quienes solventaremos los gastos.

Todos los datos asentados en este formato son fidedignos

ANTECEDENTES MÉDICOS

Padece alguna enfermedad (16)

SI NO Cuál _____

Soy alérgico a: (17)

_____ otro _____

Institución o médico que me atiende: (18) _____

No. de clínica o domicilio del médico: (19) _____

Teléfono de la clínica o el médico: (20) _____

Nombre de un familiar responsable (21) _____ Parentesco(22) _____

Calle (23) _____ Número Exterior (24) _____

Colonia (25) _____ C.P. (26) _____ Municipio (27) _____

Teléfono Fijo (28) _____ Teléfono Celular (29) _____

PERSONA ADULTA MAYOR
(30)

FAMILIAR RESPONSABLE
(31)

Nombre y Firma

Nombre y Firma