MUNICIPALIDAD VILLA DE SAN FRANCISCO.F.M.

CENTRO DE CUIDADOS DIURNO ATENCION AL ADULTO MAYOR"CIUDADANOS DE HONRA/VILLA DE ESPERANZAS"

CONTROL DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

MANOFM/SEDIS

NOMBRE DEL PRODUCTO: **CANTIDAD:** **UNIDADES:**

No.	FECHA	CANT.ENTREGADA	COD.BENEF.	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	NO. IDENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO	RECIBI CONFORME

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

FICHA DE INSCRIPCIÓN DE ADULTOS MAYORES A CLUBES

Nombre:	Fecha y lugar:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: ( )F ( ) M
Etnia:	Discapacidad:	
Escolaridad: Ninguna ( ) Primaria Completa ( ) Primaria Incompleta ( ) Secundaria Completa ( ) Secundaria Incompleta ( ) Técnica ( ) Universitaria Incompleta ( ) Universitaria Completa ( )		
Vive con:	Domicilio:	
Esta pensionado:( ) si ( ) no ( )	Entrevistador por:	

DIAGNÓSTICOS

Médico: _____

Psicológico (Yessavage): _____

Funcional (Barthel): _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

PATOLOGÍA	MEDICAMENTOS	LUGAR QUE RECIBE TRATAMIENTO

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE LE GUSTA HACER EN TIEMPO LIBRE

SIGNOS VITALES Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO (Kg):	TALLA:	IMC:

OBSERVACIONES:

C I T A C I O N

Fecha:

Señor

Dirección :

Presente.

Estimado Señor:

La Suscrita Coordinadora de la Oficina Municipal de la Mujer, de este municipio, por este medio le Cita en Legal y Debida Forma, para que por favor se presente ante esta oficina, el viernes 13 de julio 2018, a las 8:00 a.m. (Edificio Plan en Honduras).

En espera de su amable presencia, me suscribo de usted, con muestras de respeto.

Atentamente,

LIC. LETICIA RODRIGUEZ
COORDINADORA OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER.