



## FICHA DE PRESENTACIÓN DE ADULTO MAYOR

### DATOS DEL CENTRO DIURNO:

Nombre: Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano

Dirección: San José, Goicoechea, Guadalupe, El Alto, de Colegio Madre del Divino Pastor 100 este,  
100 sur y 25 oeste

Teléfono: 2285-6251 Correo electrónico: [centrodiurno@asecacr.org](mailto:centrodiurno@asecacr.org)

### DATOS DEL ADULTO MAYOR:

#### Nombre Completo

Nombre \_\_\_\_\_ Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

#### Nacionalidad

\_\_\_\_\_

#### Identificación

Cédula: \_\_\_\_\_

#### Fecha de nacimiento

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad cumplida \_\_\_\_\_

Pensionado Si ( ) No ( )

Tipo de pensión: \_\_\_\_\_ Monto de la pensión: \_\_\_\_\_

#### Aporte económico a Centro Diurno:

La persona encargada del Adulto Mayor se compromete a cancelar mensualmente la cuota de ₡ \_\_\_\_\_; debe cancelarse los primeros 10 días de cada mes.

En caso de emergencia autorizo a la **Asociación Esperanza Cristiana para el Anciano** para que llame al servicio de emergencias 911 y que le brinden asistencia. También se llamará al contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono habitación \_\_\_\_\_

Teléfono oficina \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Adulto Mayor

\_\_\_\_\_  
Firma de Encargado

\_\_\_\_\_  
Firma Asociación