

REQUISITO DE POSTULACION PARA CENTRO REFERENCIAL DIURNO PERSONAS MAYORES PUERTO MONTT

DATOS PERSONALES					
RUT	-	GÉNERO:	MASCULINO		
			FEMENINO		
NOMBRES					
APELLIDO PATERNO					
APELLIDO MATERNO					
FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	EDAD	
NIVEL DE DEPENDENCIA <small>(debe ser llenado por un profesional de salud)</small>	<input type="checkbox"/> DEPENDENCIA LEVE <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA MODERADA				
DIRECCIÓN ACTUAL					
COMUNA					
TELÉFONO DE CONTACTO					

**Este programa no abarca dependencia severa*

CENTRO DE SALUD AL CUAL PERTENECE

INSTITUCIÓN/ SERVICIO	
PROFESIONAL (cualquier profesional de salud y/o social)	
MAIL Y/O TELEFONO DE CONTACTO	