

Fecha: 1/19/2016

Proyecto: _____

Subproyecto: _____

Estado: 1st Submission

Caserío/Pueblo/Barrio: _____

Consentimiento Sí No

Información del Adulto Mayor

Nombre completo: _____

(primer nombre)

(segundo nombre)

(apellidos)

Al adulto mayor le gusta ser llamado: _____

Género: _____ Fecha de nacimiento: (day) __ (mes) (año) ____ Estimada (fecha exacta desconocida)

Salud: _____ Comentarios sobre la salud: _____

Idiomas hablados: _____

Religión: _____

¿Tiene ésta persona alguna limitación que le impide cuidar plenamente de sí misma?

¿Nos podría describir y especificar por favor cuales son las limitaciones y retos que tiene de acuerdo a un diagnóstico e informe profesional médico o psicológico? _____

¿Han considerado algún plan de apoyo de aprendizaje o terapia ocupacional que permita a la persona ser autosuficiente? Si es así, ¿pudieran describir cuál es ese plan? _____

¿Cómo esta persona y su familia se beneficiarán del programa de apadrinamiento? _____

¿Qué le gusta hacer (actividades, talentos, pasatiempos)? _____

Describe la personalidad del adulto mayor y/o proporcione cualquier información adicional sobre él/ella: _____

¿Qué quisiera compartir sobre sí mismo? _____

(Proyecto: _____ Subproyecto: _____)

Nombre completo:

(primer nombre)

(segundo nombre)

(apellidos)

Características de la Vivienda

Adulto mayor vive con: _____

Describe a qué se dedica el adulto mayor actualmente y a qué se dedicaba antes: _____

Ingreso familiar mensual aproximado (en dólares): _____

Describe la(s) fuente(s) de ingresos: _____

Paredes en: _____

Piso en: _____

Techo en: _____

Servicio de electricidad: _____ Servicio de cocina: _____

Duerme en: _____

Tiene: colchón: colchoneta: cobijas: ¿Compartida?:

Fuente de agua: _____

Información adicional sobre las circunstancias de vida y/o la comunidad: _____