

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