



# *Albergue Yolanda Vargas Dulche, A. C.*

## FICHA DE INGRESO

FAVOR DE COMPLETAR LOS ESPACIOS VACÍOS EN EL FORMULARIO

Fecha _____	Fecha a Ingresar _____
1er. Apellido _____	2do. _____
Nombres _____	
Lugar de Nacimiento _____	Fecha _____ Edad _____
Estado Civil _____	Nombre del Cónyuge _____
¿Con quién vive? _____	
Domicilio Calle: _____	Núm. _____
Colonia _____	Municipio _____ C.P. _____
Teléfonos: Domicilio _____	Oficina _____ Móvil: _____
Numero de Afiliación al Seguro Popular, IMSS o al ISSTE _____	
Enfermedades que padece actualmente _____	
_____	
Esta controlada? _____	
Médico de cabecera o Familiar _____	
Teléfonos _____	
Nombre del Familiar Responsable _____	
Tipo de relación o parentesco _____	
Teléfonos (trabajo, domicilio, móvil) _____	
Domicilio Calle: _____	Núm. _____
Colonia _____	Municipio _____ C.P. _____
Teléfonos: Domicilio _____	Oficina _____ Móvil: _____
Correos Electrónicos _____	
Servicio solicitado (Residencia, Temporal, Diurno) _____ los días _____	