

FOTO

FICHA DE ASOCIADO

FECHA:/...../.....

ASOCIADO N°:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Apellidos: Paterno.....

Materno.....

Nombres:

.....

Sexo: F

M

Fecha de Nacimiento:

DNI:

...../...../.....

Domicilio.....

.....

Distrito.....

Dpto.....

Provincia.....

.....

Teléfonos: Fijo..... Celular.....

E-mail:.....

Vive con: Madre Padre Abuelos Hermanos Otro:.....

Análisis Genético:

Trisomía Libre:

Mosaico:

Translocación:

Enfermedades:

.....
.....

Operado de:

.....
.....

DATOS DE LA MADRE (o persona a cargo)

Nombre.....
.....

Fecha de Nacimiento:/...../.....

DNI:
.....

Lugar de trabajo.....

Ocupación.....

Teléfonos: Fijo..... Celular.....

E-mail:.....

DATOS DEL PADRE

Nombre.....
.....

Fecha de Nacimiento:/...../.....

DNI:
.....

Lugar de trabajo.....

Ocupación.....

Teléfonos: Fijo..... Celular.....

E-mail:.....

<u>DATOS DE HERMANOS</u>	<u>Ocupación / Profesión</u>	<u>Fecha Nacim.</u>
1.....
2.....
3.....
4.....

SEGURO MÉDICO: SI: NO
:

Cual:

.....
.....

0 a 3 años ¿Dónde recibe o recibió?

Intervención Temprana:

.....

Terapia Física:

.....
.....

Terapia de Lenguaje:

.....

3 a 12 años ¿Dónde estudió?

Nido:

.....
.....

Inicial:

.....
.....

Primaria:

.....
.....

12 a 20 años

Primaria:

.....
.....

Secundaria:

.....
.....

Otros:

.....
.....

MAYOR de 20 años

¿Se ha preparado para trabajar?

Sí

No

o

¿En qué se preparó?:

.....

¿Dónde?:

.....

¿Acude a talleres de:

Arte

Música

Danza

Otro:

.....

...

¿TRABAJA?

Sí

No

Fecha de ingreso: / /

Lugar de Trabajo Actual:

.....

Labor que desempeña:

Quien lo apoya en su trabajo:

Lugar de Trabajo anterior:

.....