



FOTO

FICHA DE ASOCIADO

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

ASOCIADO N°:

DATOS DE LA PERSONA CON SÍNDROME DOWN

Apellidos: Paterno..... Materno.....
Nombres: Sexo: F M
Grado de Instrucción:
Fecha de Nacimiento:/...../..... DNI:
Domicilio.....
Distrito..... Provincia..... Dpto.....
Teléfonos: Fijo..... Celular..... E-mail:.....
Vive con: Madre Padre Abuelos Hermanos Otro:.....
Análisis Genético: Trisomía Libre: Mosaico: Translocación:
Conadis: Sí No.....
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:.....

DATOS DEL APOYO

Parentesco del apoyo:

Nombre: Apellidos:

Dirección:

Ciudad – Distrito: Correo:

Teléfono:

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

¿Cuenta con experiencia laboral?.....

¿Se ha preparado para trabajar? Sí No

¿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: