



SOCIEDAD PERUANA  
DE SÍNDROME DOWN

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:** .....