



## CARTA RESPONSIVA PARA CASA DE DÍA CABECITAS BLANCAS

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_

Con identificación oficial con fotografía número: \_\_\_\_\_, domicilio en calle:  
\_\_\_\_\_, número exterior: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_, Municipio: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_, teléfono celular: \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_, grado de estudios: \_\_\_\_\_

Integrante del grupo de adultos mayores denominado: \_\_\_\_\_

**Bajo mi responsabilidad, deseo asistir a las actividades que programe La Casa de Día del Adulto Mayor (Cabecitas Blancas); asimismo, acepto las medidas sanitarias que debo tomar para el retorno seguro, autorizo a la Casa de Día para que, en caso de algún accidente o enfermedad, me trasladen al servicio médico que consideren adecuado, aclarando que seremos mi familia y yo responsable y quien solventaremos los gastos.**

Declaro que todos los datos asentados en este formato son fidedignos

Yo padezco:

Desvanecimiento:  Hipertensión:  Diabetes:  Hospitalización reciente:

Padecí COVID-19 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Vacunado (a) conta COVID-19 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Soy alérgico a: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Instituto o Médico que me atiende (Se anexa copia de filiación): \_\_\_\_\_

No. de clínica o del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono de la clínica o del médico: \_\_\_\_\_

Nombre de un familiar responsable: \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ No. Exterior: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**PERSONA ADULTA MAYOR**

**FAMILIAR RESPONSABLE**

Nombre y firma

Nombre y Firma

