

GRAN MISIÓN EN AMOR MAYOR VENEZUELA PLANILLA DE REGISTRO

1. Datos de identificación personal												
Primer nombre			Segundo nombre				Primer apellido			Segundo apellido		
Cédula de identidad						Sexo	Edad	Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		
<input type="checkbox"/> V						<input type="checkbox"/> F				Día	Mes	Año
<input type="checkbox"/> E						<input type="checkbox"/> M						
En caso de ser extranjero, ¿tiene residencia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
De ser afirmativo, su residencia legal es: <input type="checkbox"/> Menor a 10 años <input type="checkbox"/> Igual o mayor a 10 años												
Dirección donde vive/habita												
<input type="checkbox"/> Urb.	<input type="checkbox"/> Barrio	<input type="checkbox"/> Av.	<input type="checkbox"/> Esq.	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Edificio	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Quinta	Número		Piso		
<input type="checkbox"/> Sector	<input type="checkbox"/> Zona	<input type="checkbox"/> Ciudad	<input type="checkbox"/> Pueblo	Parroquia			Municipio		Estado			
Teléfono habitación			Otro teléfono contacto				Condición física					
()			()				¿Tiene alguna discapacidad o enfermedad que le impida o dificulte valerse por sí mismo(a)?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Datos socioeconómicos												
¿Su núcleo familiar recibe algún ingreso de manera permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
De ser afirmativo, indique cual es el monto mensual del ingreso familiar:												
<input type="checkbox"/> Menor a Bs. 1.548				<input type="checkbox"/> Igual a Bs. 1.548				<input type="checkbox"/> Mayor a Bs. 1.548				
Seleccione por cuales de estos conceptos es su ingreso familiar:												
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Pensión IVSS	<input type="checkbox"/> Asignación del INASS	<input type="checkbox"/> Jubilación								
<input type="checkbox"/> Becas	<input type="checkbox"/> Misiones	<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria	<input type="checkbox"/> Ayuda de familiar que no viva con usted									
Indique si se encuentra en una o varias de las siguientes condiciones de vivienda/hogar:												
<input type="checkbox"/> Carece de vivienda o habitación						¿Cuántas personas viven con usted?				Número		
<input type="checkbox"/> Habita en vivienda inadecuada o precaria												
<input type="checkbox"/> Habita en vivienda sin servicios básicos						¿Cuántos cuartos utilizan para dormir?				Número		
3. Datos básicos de salud												
Tiene algún tipo de discapacidad, indique cual:												
<input type="checkbox"/> Auditiva				<input type="checkbox"/> Intelectual				<input type="checkbox"/> Múltiple				
<input type="checkbox"/> Baja talla				<input type="checkbox"/> Musculoesquelética				<input type="checkbox"/> Visual				
Posee una o varias de estas enfermedades, indique cual:												
<input type="checkbox"/> Alzheimer				<input type="checkbox"/> Cerebro vascular				<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica				
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide				<input type="checkbox"/> Diabetes				<input type="checkbox"/> Parkinson				
<input type="checkbox"/> Artrosis severa				<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial				<input type="checkbox"/> Respiratorias crónicas				
<input type="checkbox"/> Cáncer				<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca				<input type="checkbox"/> Otra: _____				
¿Recibe tratamiento o rehabilitación en algún centro o servicio público de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
De ser afirmativo, indique cual:												
<input type="checkbox"/> Módulo de salud						<input type="checkbox"/> Servicio de Rehabilitación Integral (S.R.I)						
<input type="checkbox"/> Centro Diagnóstico Integral (C.D.I)						<input type="checkbox"/> Hospital / Ambulatorio público						

