



Fecha de Elaboración: \_\_\_ día/ \_\_\_ mes/ \_\_\_ año Género: F [ ] M [ ]

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero [ ] Casado [ ]

Entidad de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ día/ \_\_\_ mes/ \_\_\_ año

Domicilio Actual, Calle: \_\_\_\_\_ No.Ext: \_\_\_ No.Int \_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Teléfono: Lada: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Entidad: \_\_\_\_\_

En caso de accidente llamar a: \_\_\_\_\_

Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_ Casa [ ] Oficina [ ] Celular [ ]

¿Con quién vive? Solo [ ] Familia [ ] Amistades [ ] Centro Asistencia [ ] Otro [ ]

¿Es jubilado o pensionado? Si [ ] No [ ]

¿Sabe leer y escribir? Si [ ] No [ ]

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus       | <input type="checkbox"/> Padecimiento Neurológico | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cancerosa |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Reumática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria | <input type="checkbox"/> Otra _____               |   |

¿Padece alguna discapacidad? Si [ ] No [ ] ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Para caminar requiere: Bastón [ ] Andadera [ ] Silla de Ruedas [ ] Calzado Especial [ ] Prótesis [ ] Ninguno [ ]

¿Han disminuido sus capacidades sensoriales?

Olfato: Sí [ ] No [ ] Oído: Sí [ ] No [ ] Vista: Sí [ ] No [ ] Gusto: Sí [ ] No [ ]

¿Realiza algún tipo de ejercicio o deporte? Si [ ] No [ ] ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1) Habilidades técnicas y profesionales con que cuenta y que podría ofrecer como instructor: \_\_\_\_\_

2) Actividades sociales, artísticas, culturales y deportivas a las que quisiera ser invitado: \_\_\_\_\_

