

DATOS BENEFICIARIO

Nombre _____

Apellidos _____

DNI _____

Fecha de nacimiento _____

Sin UCR

Con UCR (esta opción tiene un coste adicional de 6€ mensuales)

* Recuerde que debe adjuntar fotocopia del DNI

** Recomendable adjuntar informe médico

DATOS SANITARIOS BENEFICIARIO

Entidades donde se encuentra asegurado

Entidad 1 Nº Afiliación

Entidad 2 Nº Afiliación

Centros Hospitalarios

Hospital 1 Aseguradora

Dirección Teléfono:

Hospital 2 Aseguradora

Dirección Teléfono:

Médico de Cabecera

Doctor/a Teléfonos:

Nombre del Centro de Salud, dirección, población y CP

Horario Aseguradora

TIPOLOGÍA BENEFICIARIO

Personas Mayores
 Otros

Enfermos Crónicos
 Enfermos Post-Operatorios

Discapacidad

Física
 Psíquica
 Sensorial
 Ninguna

Grado de Minusvalía

> 33 %
 33-65 %
 < 65 %

Dependencia

Dependiente

No Dependiente

Grado I

Grado II

Grado III

Nivel I
 Nivel II

Nivel I
 Nivel II

Nivel I
 Nivel II

Nivel de Comunicación

Bien Oralmente en Castellano
 Apenas Oralmente en Castellano
 No Oralmente en Castellano

Problemas Severos

Audición Usa Audifono
 Verbalización
 Visión
 Ninguno

Movilidad

Bastón Silla de Ruedas
 Muletas Encamado
 Andador Sin Ayudas