

FORMULARIO PARA ASPIRANTES A DONACIÓN DE AUDÍFONOS



FECHA: (día/mes/año) _____

DATOS COMPLETOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos completos: _____

Fecha de nacimiento: (día/mes/año) _____

Edad cronológica: _____ años _____ meses

Escolaridad: (Nombre de escuela y grado) _____

Trabajo: (Nombre de la empresa, ocupación y teléfonos de la empresa)

Ha recibido donación de audífonos previamente: Si No Cuántos ① o ②

Donados por esta Fundación u otra: Si No Si responde **SÍ** Indique cuál y cuándo

DATOS COMPLETOS DE LOS PADRES Y/O PERSONAS RESPONSABLES:

Nombre y apellidos completos:

Padre: _____

Madre: _____

Otro (Especificar relación con el paciente)

Ocupación y lugar donde trabaja: _____

Salario mensual individual: \$ _____ **Ingreso mensual familiar:** \$ _____

Teléfonos de residencia, celular, trabajo u otro donde pueda ser localizado - indique al menos 2 teléfonos de contacto: 1) _____ 2) _____

M.E.F. Resolución 201-1446, del 15 de Mayo de 2008.

Teléfono: (507) 317-0562 – 317-1516

E-mail: contacto@fundacionoiresvivir.org

Vía Fernández de Córdoba, Plaza Córdoba, Piso 1, Local #8