 REGISTRO DE ENTREVISTA

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**Centro de Salud referente:**

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:**
2. Nombres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apellidos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. C.I.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino
4. Fecha de nacimiento:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso:\_\_\_\_\_\_\_ Kg.
5. Lugar de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profesión u Oficio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre del Barrio, Urbanización y Parroquia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. **ESTUDIO PARA EL CUAL SOLICITA APOYO ECONÓMICO:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CAUSA DE LA SOLICITUD DEL EXAMEN (obligatorio):**

|  |  |
| --- | --- |
| Tumor (Diagnóstico / Pesquisa);  Tumor (Evaluación y Control);  Corazón;  Cerebrovascular;  Sistema Respiratorio (Pulmones);  Sistema Digestivo (esófago, estómago, intestino, colon);  Sistema Urinario (vejiga, riñones, vías urinarias; | Sistema Reproductivo (ovarios, útero, próstata);  Enfermedades mentales y/o degenerativas  Senos Paranasales y oídos;  Odontológicas  Hígado, páncreas, bazo;  Huesos;  Sangre;  Traumatismos / Accidentes;  Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD (razones económicas y medicas por las que solicita la ayuda)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **COMPOSICIÓN FAMILIAR:**
2. Número de personas que habitan en la vivienda:
3. Ingreso promedio mensual:
4. Tipo de familia que convive en la vivienda:

Una sola persona.

Pareja sin hijos.

Padre y madre con hijos.

Madre sola o padre solo con hijos.

Padre y madre con hijos y otros parientes (abuelos, tío(a), entre otros).

Madre sola o padre solo con hijos y otros parientes (abuelos, tío(a), entre otros).

Niño, niña o adolescente en entidad de atención (casas de abrigo).

1. **CONDICIÓN LABORAL**

Desocupado / Sin Trabajo

Oficios del Hogar

Trabajo formal (empresa, organismo del estado, etc)

Trabajo informal (a destajo, trabajo temporal)

1. **PORCENTAJE A FINANCIAR (uso exclusivo del centro de salud):**  50%

**Entrevista realizada por:**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO