

**SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL  
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

**FICHA No.5  
REFERENCIA /DERIVACION**

**(EN CASO QUE SE REQUIERA SU APLICACIÓN)**

**INSTRUCCIONES:**

Luego de la valoración inicial, o si la institución en la cual se encuentra la persona adulta mayor no cuenta con las condiciones apropiadas y se determina la procedencia del cambio a otra institución, es preciso registrar los datos vinculados a este proceso debido a la responsabilidad que este hecho implica, por esta razón es necesario contar con los nombres y firmas de responsabilidad tanto de la institución que transfiere a la persona adulta mayor, como de quién lo recibe.

Esto permite:

- Regular la transferencia de una persona adulta mayor a otra institución.
- Identificar la procedencia y destino
- Contar con datos precisos del proceso de transferencia.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL  
SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL  
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

FICHA No.5  
REFERENCIA /DERIVACION

INSTITUCIÓN A LA QUE SE REFIERE:

ZONA No :..... DISTRITO.....

CIUDAD:.....CANTÓN: ..... PARROQUIA.....

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

.....

DIRECCIÓN: .....

TELÉFONO:.....

RAZÓN SOCIAL: PÚBLICA..... PRIVADA:.....

NOMBRE DE DIRECTOR/COORDINADOR:.....

DATOS PERSONA ADULTA MAYOR:

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

EDAD:..... SEXO: MASCULINO: ..... FEMENINO: .....

No. DE CÉDULA CIUDADANÍA O PASAPORTE: .....

DOMICILIO DEL USUARIO: (CASA, CENTRO O LUGAR DE ÚLTIMA VIVIENDA)

.....

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FAMILIAR O PERSONA QUE LO ACOMPAÑA:

.....

INSTITUCION QUE TRANSFIERE:

ZONA No :..... DISTRITO.....

CIUDAD:.....CANTÓN: ..... PARROQUIA.....

NOMBRE:.....

MODALIDAD O SERVICIOS GERONTOLÓGICOS EN EL QUE SE ENCUENTRA LA PERSONA ADULTA MAYOR:

RESIDENCIA: ..... DIURNA: ..... ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO: .....  
ATENCIÓN DOMICILIARIA: ..... NINGUNO: .....

**MOTIVO DE REFERENCIA:**

.....

.....

.....

.....

.....

**NOMBRE Y CARGO DEL PROFESIONAL QUE REFIERE:**

.....

.....

**NOMBRE Y CARGO DEL PERSONAL DEL CENTRO QUE LO ACOMPAÑA:**

.....

.....

TELÉFONO FIJO: ..... EXT: ..... TELÉFONO CELULAR: .....

**PRINCIPALES RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

.....

.....

.....

.....

**FECHA Y FIRMAS**

DD/MM/AA

**FIRMAS PERSONAS RESPONSABLES**

.....

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN QUE TRANSFIERE

.....

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN QUE RECIBE