

SOLICITUD DE TARJETA DE DESCUENTO Y PARA USO DE FILA EXPRESO PARA PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS



IMPORTANTE

Para obtener a vuelta de correo su **Tarjeta de Descuento** y para **Fila Expreso**, complete toda la información necesaria para llenar los espacios en blanco. La tarjeta cubre las siguientes leyes:

- Ley Núm. 108 (50% descuentos en actividades ofrecidas en instalaciones del Gobierno, 100% si tiene 75 o más años de edad)
- Ley Núm. 51 (para uso fila expreso)

Nota: Los beneficios o servicios obtenidos con esta tarjeta son exclusivos de a las agencias, departamentos, dependencias, subdivisiones públicas y otras instrumentalidades del gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, no incluye al sector privado.

Información sobre el solicitante

1. Nombre y Apellidos: _____

2. Dirección residencial: _____

3. Dirección postal: _____

4. Número de teléfono: _____

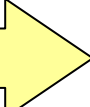
5. Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

6. Edad: _____ años

7. Peso: _____ lbs.

8. Estatura: _____ pies y _____ pulgadas

Las preguntas en la parte de atrás no son requeridas, pero nos permitirán brindar un mejor servicio en el futuro.

Siga atrás 

9. ¿Algún médico o profesional de la salud le ha dicho que usted padece o ha padecido de alguna de las siguientes condiciones? (**Marque con una X todas las que apliquen**).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (Infarto) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? _____ |

10. ¿Cómo diría usted que está su salud en estos momentos? **Marque sólo una alternativa.**

- Excelente (Me siento bien de salud todo el tiempo)
- Buena (Casi siempre estoy en buen estado de salud)
- Regular (Me siento regular, algunos días bien y otros mal)
- Mala (Me siento muy mal de salud todo el tiempo)

11. ¿Tiene usted cuenta de Facebook y/o Twitter?

Facebook: _____	Twitter: _____
-----------------	----------------

IMPORTANTE:

POR FAVOR ENVIE ESTA SOLICITUD CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- **1 Foto 2 X 2** reciente con su nombre y apellido escritos detrás de la foto.
- Fotocopia legible de **sólo uno** de los siguientes documentos: **certificado de nacimiento, fe de bautismo** o del **pasaporte**.
- **Sobre Pre-dirigido.**

¿Dudas? Favor de comunicarse a: **787-765-2929 Ext. 4104, 4103, 4105**

Envíe su solicitud con todos los documentos a esta dirección:

DEPARTAMENTO DE SALUD Oficina de Promoción de la Salud P. O. Box 70184 San Juan, Puerto Rico 00936-8184
--

NO ESCRIBA EN ESTA AREA SOLO PARA USO DEL PROGRAMA DE GERIATRIA

FECHA DE RECIBIDO: DIA ____ MES ____ AÑO ____ # DE TARJETA: _____

FECHA EN QUE SE ENVIO POR CORREO: DIA ____ MES ____ AÑO ____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITO LA SOLICITUD: _____