



Centro de Convívio

Ficha de Admissão

Nome do Idoso: _____

Naturalidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade Actual _____

Residência Actual: _____

Telefone: _____ Outro _____ Nome _____

Bilhete de Identidade nº: _____ Beneficiário nº: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissional Exercida: _____

Situação Familiar:

Estado Civil: _____ Nome do Cônjuge: _____

Nome dos filhos

_____ Profissão _____

_____ Profissão _____

_____ Profissão _____

_____ Profissão _____

_____ Profissão _____

_____ Profissão _____

Com quem habita: _____

Situação de Saúde:

Condições físicas: _____

Doenças: _____

Cuidados Especiais: _____

Médico de Família: _____ Centro de Saúde: _____

Familiar a contactar em caso de urgência: _____

Morada: _____

Telefone _____ Local de trabalho _____

Telefone/trabalho: _____ Telemóvel: _____

Data de Preenchimento: ____/____/____ Data da admissão: ____/____/____

Assinatura: _____