

| 1. Datos de identificación personal | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---|--|---|--|--|--|--|------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----|
| Primer nombre | | | Segundo nombre | | | | Primer apellido | | | Segundo apellido | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Cédula de identidad | | | | | | Sexo | Edad | Lugar de nacimiento | | | Fecha de nacimiento | | | |
| <input type="checkbox"/> V | | | | | | <input type="checkbox"/> F | | | | | | Día | Mes | Año |
| <input type="checkbox"/> E | | | | | | <input type="checkbox"/> M | | | | | | | | |
| En caso de ser extranjero, ¿tiene residencia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser afirmativo, su residencia legal es: <input type="checkbox"/> Menor a 10 años <input type="checkbox"/> Igual o mayor a 10 años | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección donde vive/habita | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Urb. | <input type="checkbox"/> Barrio | <input type="checkbox"/> Av. | <input type="checkbox"/> Esq. | <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Edificio | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Quinta | Número | | | Piso | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sector | <input type="checkbox"/> Zona | <input type="checkbox"/> Ciudad | | <input type="checkbox"/> Pueblo | | Parroquia | | Municipio | | Estado | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono habitación | | | Otro teléfono contacto | | | | Condición física | | | | | | | |
| () | | | () | | | | ¿Tiene alguna discapacidad o enfermedad que le impida o dificulte valerse por sí mismo(a)? | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| 2. Datos socioeconómicos | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Su núcleo familiar recibe algún ingreso de manera permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser afirmativo, indique cual es el monto mensual del ingreso familiar: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Menor a Bs. 1.548 | | | | <input type="checkbox"/> Igual a Bs. 1.548 | | | | <input type="checkbox"/> Mayor a Bs. 1.548 | | | | | | |
| Seleccione por cuales de estos conceptos es su ingreso familiar: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Renta | <input type="checkbox"/> Pensión IVSS | | | <input type="checkbox"/> Asignación del INASS | | | <input type="checkbox"/> Jubilación | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Becas | <input type="checkbox"/> Misiones | | <input type="checkbox"/> Pensión alimentaria | | | <input type="checkbox"/> Ayuda de familiar que no viva con usted | | | | | | | | |
| Indique si se encuentra en una o varias de las siguientes condiciones de vivienda/hogar: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Carece de vivienda o habitación | | | | | | ¿Cuántas personas viven con usted? | | | | | Número | | | |
| <input type="checkbox"/> Habita en vivienda inadecuada o precaria | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Habita en vivienda sin servicios básicos | | | | | | ¿Cuántos cuartos utilizan para dormir? | | | | | Número | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Datos básicos de salud | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiene algún tipo de discapacidad, indique cual: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Auditiva | | | <input type="checkbox"/> Intelectual | | | | <input type="checkbox"/> Múltiple | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Baja talla | | | <input type="checkbox"/> Musculoesquelética | | | | <input type="checkbox"/> Visual | | | | | | | |
| Posee una o varias de estas enfermedades, indique cual: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | | | <input type="checkbox"/> Cerebro vascular | | | | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | | | <input type="checkbox"/> Diabetes | | | | <input type="checkbox"/> Parkinson | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Artrosis severa | | | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | | | | <input type="checkbox"/> Respiratorias crónicas | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | | | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca | | | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | | | | | | |
| ¿Recibe tratamiento o rehabilitación en algún centro o servicio público de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser afirmativo, indique cual: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Módulo de salud | | | | <input type="checkbox"/> Servicio de Rehabilitación Integral (S.R.I) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Centro Diagnóstico Integral (C.D.I) | | | | <input type="checkbox"/> Hospital / Ambulatorio público | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Tiene acceso a los alimentos: | | ¿Cómo se alimenta usted regularmente? |
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Fácilmente | <input type="checkbox"/> Una vez al día |
| <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Difícilmente | <input type="checkbox"/> Dos veces al día |
| | | <input type="checkbox"/> Tres veces al día |

4. Datos sobre participación social

¿Existe consejo comunal donde usted vive? Sí No

¿Usted conoce, mantiene contacto y/o participa en actividades del consejo comunal? Sí No

¿Participa usted en actividades realizadas por alguna otra organización social existente en su comunidad?
 Sí No

¿Ha participado o se ha beneficiado alguna vez de las siguientes misiones sociales? Sí No

En caso de ser afirmativo, indique cuales:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Robinson | <input type="checkbox"/> Mercal | <input type="checkbox"/> José Gregorio Hernández |
| <input type="checkbox"/> Ribas | <input type="checkbox"/> Guaicaipuro | <input type="checkbox"/> Madres del Barrio |
| <input type="checkbox"/> Sucre | <input type="checkbox"/> Identidad | <input type="checkbox"/> Hijos de Venezuela |
| <input type="checkbox"/> Barrio Adentro | <input type="checkbox"/> Cultura | <input type="checkbox"/> Gran Misión Vivienda Venezuela |
| <input type="checkbox"/> Milagro | <input type="checkbox"/> Negra Hipólita | <input type="checkbox"/> Gran Misión Agro Venezuela |

5. Datos básicos sobre educación, cultura, deporte y recreación

¿Le gustaría participar en actividades culturales, deportivas o recreativas? Sí No

En caso de ser afirmativo, señale una o varias:

- Tiene interés en participar en actividades turísticas. Sí No
- Tiene interés en participar en actividades culturales. Sí No
- Tiene interés en participar en actividades deportivas o recreativas. Sí No
- Le gustaría compartir sus conocimientos, saberes y tradiciones. Sí No

¿Sabe leer y escribir? Sí No

Indique su nivel de instrucción:

- Primaria Secundaria Técnica Superior

Indique sus principales habilidades y destrezas:

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agrícolas | <input type="checkbox"/> Artesanales | <input type="checkbox"/> Deportivas | <input type="checkbox"/> Literarias | <input type="checkbox"/> Pesqueras |
| <input type="checkbox"/> Ambientalista | <input type="checkbox"/> Cocina | <input type="checkbox"/> Innovadoras | <input type="checkbox"/> Musicales | <input type="checkbox"/> Recreativas |
| | | | | <input type="checkbox"/> Otras |

6. Datos de registro

Los datos de registro fueron suministrados por:

- Directamente por el Adulto o Adulta Mayor interesado(a) Por un familiar o amigo

Si usted es el familiar o amigo que suministró la información del registro del interesado(a), indique sus datos:

| Nombre | Apellido | Cédula de identidad | Teléfono de contacto |
|--------|----------|---|----------------------|
| | | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E | () |

Dirección del familiar o amigo que suministró los datos de registro

| | | | | |
|---|---|---|-----------|--------|
| <input type="checkbox"/> Urb. <input type="checkbox"/> Barrio | <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta | Número | Piso |
| <input type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/> Zona | <input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Pueblo | Parroquia | Municipio | Estado |