



**SOLICITUD DE INGRESO AL CENTRO DIURNO ASOCIACIÓN CORAJE Y ESPERANZA**  
**COMO PERSONA ADULTA MAYOR BENEFICIARIA**

Fecha: Día (    ) Mes (    ) Año (    )

Señores y Señoras

Junta Directiva del Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza

A continuación, les presento una solicitud de ingreso con la información veraz y completa que ustedes requieren para valorar mi posible aceptación de ingreso al Centro Diurno que ustedes dirigen.

**SOBRE LA PERSONA INTERESADA EN INGRESAR**

1. **Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_

2. **Número de Cédula:** \_\_\_\_\_

3. **Fecha de nacimiento:**    Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

4. **Edad en años cumplidos:** \_\_\_\_\_

5. **Estado civil:** \_\_\_\_\_

6. **Teléfono (s):** \_\_\_\_\_

7. **Dirección exacta de su habitación:**

Distrito \_\_\_\_\_ de San Ramón

Barrio o caserío y otras señas de ubicación de la casa de habitación:

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

8. **La vivienda donde vive es:**

Propia (    )      Alquilada (    ) Cuanto paga por mes? \_\_\_\_\_

Amparado o prestada por un hijo, pariente o amigo: (    )

Otro (Especifique): \_\_\_\_\_



**Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza**

**Una organización sin fines de lucro que acompaña a la Persona Adulta Mayor de San Ramón.**

**9. Posee propiedades a su nombre adicionales a donde vive:**

Sí (  ) En que son utilizadas \_\_\_\_\_ No (  )

**10. Posee Pensión:**

Sí (  ) Tipo y monto: \_\_\_\_\_

No (  ) Porque: \_\_\_\_\_

**NOTA:** en caso de haber sido denegada alguna solicitud de pensión, adjuntar copia de la resolución.

**11. ¿Tiene usted algún ingreso propio (adicional a la pensión)?**

No (  )

Sí (  ) Especifique:

Salarios (  )

Rentas (  )

Alquileres (  )

Intereses (  )

Alguna otra actividad (  ) Cual: \_\_\_\_\_

Especificar la frecuencia:

\_\_\_\_\_

**12. Cantidad de hijos:** Hombres (  ) Mujeres (  ). Indique nombre y ocupación de cada uno:

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

**13. Posee usted ayuda de alguna institución:**

Sí (  ) De que institución, con qué frecuencia, en que consiste y el monto:

\_\_\_\_\_

No (  ) Por Qué?:

No lo necesita (  ) No lo ha tramitado aun (  ) Lo tramito pero no se lo han aprobado (  )

Otro (  ) especifique \_\_\_\_\_



**Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza**

**Una organización sin fines de lucro que acompaña a la Persona Adulta Mayor de San Ramón.**

**14. Recibe ayuda económica, en especie o de cualquier otro tipo de algún hijo o familiar:**

Sí ( ) con qué frecuencia y en qué consiste?:

\_\_\_\_\_

No ( ) Por Qué?: \_\_\_\_\_

**15. Medicamentos que consume:**

NOMBRE DE MEDICAMENTO	HORARIO QUE LO TOMA	DOSIS	TRATAMIENTO PARA:

**16. Padece alguna enfermedad:**

Sí ( ) No ( ) En caso afirmativo indique el (los) nombre (s):

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



**17. Escala de Dependencia (Escala de Barthel modificada (Shah)):**

Para cada caso, marque con una equis la situación actual de la Persona Solicitante:

<b>BAÑO</b>		
Independiente		
Supervisión		
Ayuda Ocasional (lavado, secado, ...)		
Asistencia en todos los aspectos del baño		
Dependencia total		
<b>VESTIDO</b>		
Independiente		
Mínima ayuda		
Ayuda para poner o quitar la ropa		
Gran ayuda (colabora algo)		
Dependencia total		
<b>ASEO (HIGIENA CORPORAL)</b>		
Independiente		
Mínima ayuda		
Moderada ayuda		
Ayuda continua (colabora algo)		
Dependencia total		
<b>IR AL RETRETE (SERVICIO SANITARIO)</b>		
Independiente		
Supervisión		
Moderada ayuda (colabora algo)		
Continua ayuda		
Dependencia total		



**Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza**

**Una organización sin fines de lucro que acompaña a la Persona Adulta Mayor de San Ramón.**

<b>DEAMBULACIÓN</b>		
Independiente		
Supervisión continua o no camina > 50		
Ayuda de una persona (ocasional)		
Ayuda continua de una o más personas		
Dependencia		
<b>TRASLADO SILLÓN - CAMA</b>		
Independiente		
Supervisión		
Ayuda ocasional de una persona		
Ayuda continua (colabora algo)		
Ayuda de dos personas (no colabora)		
<b>ESCALERAS</b>		
Independiente (al menos un piso)		
Supervisión ocasional		
Supervisión continua o ayuda ocasional		
Ayuda continua		
Incapaz de subir escaleras		
<b>MICCIÓN (ORINA)</b>		
Continente e independiente (bolsa o ayudas)		
Incontinencia ocasional (<1/día)		
Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc		
Incontinente día y noche (colabora algo)		
Incontinente y dependiente: sonda vesical		
<b>DEPOSICIÓN (DEFECAR)</b>		
Continente e independiente		
Incontinencia ocasional (1/sem) o supervisión en sup., enemeas		
Incontinencia frecuente, se limpia solo, ayuda para sup., pañal		



**Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza**

**Una organización sin fines de lucro que acompaña a la Persona Adulta Mayor de San Ramón.**

Incontinencia frecuente, colabora algo		
Incontinencia y dependencia total		
<b>ALIMENTACIÓN</b>		
Independiente		
Mínima ayuda, pero independiente si se prepara bandeja		
Come solo con supervisión		
Ayuda de otra persona (puede comer algo)		
Dependiente o SNG		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**SOBRE NUCLEO FAMILIAR Y PERSONAS DE CONTACTO**

**18. Personas que viven con la Persona Adulta Mayor Solicitante (Incluir en la primera línea a la Persona Solicitante):**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>No. DE CÉDULA</b>	<b>EDAD</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>PROFESIÓN</b>	<b>INGRESO MENSUAL (Incluya salarios, becas, ayudas estatales, pensiones o cualquier otro)</b>
<b>INGRESO PER CÁPITA:</b>					<b>TOTAL</b>	



**Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza**

**Una organización sin fines de lucro que acompaña a la Persona Adulta Mayor de San Ramón.**

**19. Nombre de hijos e hijas y/o familiares cercanos a la Persona Adulta Mayor solicitante a quienes se puede acudir en caso de una emergencia:**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>

**SOBRE LA PERSONA ENCARGADA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR SOLICITANTE**

**20. Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**21. Número de cédula:** \_\_\_\_\_ (Adjuntar fotocopia de la cédula)

**22. Teléfono (s) donde pueda ser contactado:** \_\_\_\_\_

**23. Parentesco o relación familiar de la Persona Encargada con el Solicitante:**

( ) Hijo (a) ( ) Hermano (a) ( ) Otro (a) Especifique \_\_\_\_\_

**24. Indique en orden de importancia al menos cinco especificaciones relacionadas con la personalidad y los cuidados requeridos de la Persona Adulta Mayor Solicitante para su seguridad y permanencia durante el tiempo en que se encuentre en el Centro Diurno:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**25. Como persona encargada, ¿por qué considera que este lugar sería beneficioso para la Persona Adulta Mayor Solicitante?**

---

---

---

---



## **Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza**

**Una organización sin fines de lucro que acompaña a la Persona Adulta Mayor de San Ramón.**

### **SOBRE DOCUMENTOS E INFORMACIÓN NECESARIA DE APORTAR JUNTO A LA SOLICITUD**

- ✓ Constancia de pensión del Solicitante, de la CCSS, Junta de Pensiones del Magisterio o de la entidad con quien tenga la pensión y/o declaración jurada de ingresos.
- ✓ Constancia de ingresos o declaración jurada NO autenticada por abogado, del núcleo familiar (Personas que viven con el Solicitante)
- ✓ Fotocopia de la cédula de identidad de la Persona Adulta Mayor Solicitante y de las personas que viven con ella.
- ✓ Fotocopia del Carne de Inmunizaciones (Vacunas). Incluyendo la de COVID-19.
- ✓ Epicrisis con no más de 3 meses de emitida. Incluidas las especialidades, si las hubiera.
- ✓ Dos fotografías tamaño pasaporte recientes.
- ✓ Constancia de situación de pobreza del IMAS.

### **SOBRE REQUISITOS PARA PERTENECER AL CENTRO DIURNO CORAJE Y ESPERANZA**

- a. Asistencia puntual los cinco días de la semana en el horario establecido (actualmente de lunes a viernes, de 9:00 am a 3:00 pm).
- b. Atención personal de sus necesidades básicas como persona tanto física como cognitivamente: deambulación, acatamiento a medidas de seguridad, lavado de manos y dientes, visita al baño, auto/suministro de sus medicamentos a las horas indicadas (y en caso de necesitar medicamentos especiales deben de transportarse según las recomendaciones médicas), consumo de sus alimentos y otras necesidades básicas.  
  
Si en algún momento estas necesidades no pueden ser atendidas y acatadas, los familiares o personas a cargo deberán buscar otras alternativas de cuidado ya que el Centro Diurno no cuenta con la especialización para atender estas necesidades.
- c. Participación en las actividades de desarrollo integral programadas para el desarrollo integral de la persona Adulta Mayor, tales como: actividades recreativas y de ejercitación física moderada, talleres de manualidades, arte, escultura, pintura, dibujo y otros, charlas de motivación y vida, pequeñas caminatas, paseos de vez en cuando y demás actividades que podamos ofrecer en beneficio de una vejez con calidad de vida.





**Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza**

***Una organización sin fines de lucro que acompaña a la Persona Adulta Mayor de San Ramón.***

- d. En caso de que el Centro Diurno adquiriera un seguro o servicio de atención de emergencias médicas y accidentes, el usuario deberá acogerse al mismo y aportar la cuota correspondiente.
- e. Antes de la resolución de ingreso definitiva, la Persona Adulta Mayor Solicitante deberá cumplir con un periodo de prueba de hasta 3 meses según sea el caso.
- f. Cumplir con el esquema completo de vacuna vigente, cubrebocas, lavado constante de manos, distanciamiento físico y demás medidas establecidas en el protocolo de salud.

**COMPROMISO Y DECLARACIÓN JURADA**

Nosotros los abajo firmantes, declaramos bajo fe de juramento que la información anotada anteriormente en lo que corresponde a esta solicitud; es verdadera y está completa.

Nos comprometemos a cumplir con los requisitos mencionados anteriormente, seguir y respetar la normativa interna que como institución de bien social han establecido, con el fin de ofrecer a las personas beneficiarias, una vejez con calidad de vida. A velar, apoyar y acompañar a la Persona Adulta Mayor Solicitante y a la persona designada como Persona Encargada. Ser puntuales en el pago de la cuota mensual solicitada para ayudarse como Institución. En caso de que por alguna situación la condición de la Persona Adulta Mayor Solicitante cambie y la misma no pueda atender personalmente sus necesidades básicas físicas y cognitivas, nos comprometemos a optar por otra alternativa de cuidado y acompañamiento para su atención y necesidades.

---

Persona Adulta Mayor Solicitante

Nombre y número de cédula



**Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza**  
**Una organización sin fines de lucro que acompaña a la Persona Adulta Mayor de San Ramón.**

**Todos los hijos e hijas y/o familiares cercanos a la Persona Adulta Mayor solicitante:**

<b>NOMBRE</b>	<b>No. DE CÉDULA</b>	<b>PARENTEZCO</b>	<b>FIRMA</b>
Observaciones (Para uso exclusivo del Centro Diurno):			

**SOBRE LA RESOLUCIÓN A ESTA SOLICITUD**

Reunida la “Comisión de nuevos ingresos” de la Junta Directiva del Centro Diurno Asociación Coraje y Esperanza el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ y ante la solicitud de ingreso al Centro Diurno presentada por \_\_\_\_\_ y por \_\_\_\_\_, la primera como solicitante de ingreso y la segunda como encargada, se acuerda lo siguiente, una vez leída y analizada la información suministrada.

- A. ( ) Aceptar el ingreso al Centro Diurno a partir del día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_
- B. ( ) Mantener la solicitud de ingreso pendiente hasta nuevo aviso.

\_\_\_\_\_  
Firma Comisión Nuevos Ingresos

CD-ACE

\_\_\_\_\_  
Firma de la Administración