



Solicitud de **TARJETA DE DESCUENTO** y para uso de **FILA EXPRESO** para personas de 60 años o más

IMPORTANTE

Para obtener a vuelta de correo su **Tarjeta de Descuento** según la Ley Número 108 y para **Fila Expreso** de acuerdo con la Ley Número 51, complete toda la información necesaria para llenar los espacios en blanco. La tarjeta cubre ambas Leyes.

Nota: Los beneficios o servicios obtenidos con esta tarjeta son limitados únicamente a las agencias, departamentos, dependencias, subdivisiones públicas o 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

Sigue 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. ¿Usted fuma actualmente?
 Sí No

11. ¿Cómo diría usted que está su salud en estos momentos? **Marque solo una.**

- 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)

12. Por favor **escriba el nombre y teléfono de un familiar** o una persona cercana a usted con la cual podamos comunicarnos en caso de que necesitemos más información.

_____ Tel. () ____ - _____

IMPORTANTE: POR FAVOR ENVIE ESTA SOLICITUD CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- **2 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**.
- **Un sobre con sello** con su dirección escrita legible y clara (**Pre dirigido**).

¿Dudas? favor de comunicarse a: **787-765-2929, exts 4430 o 4131**

Envíe su solicitud con todos los documentos a esta dirección:

DEPARTAMENTO DE SALUD
Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud
Programa de Geriatría
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: _____