

SOLICITUD DE INGRESO

NOMBRE Y APELLIDOS:		EDAD:	
D.N.I.:		FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:	
DIRECCIÓN:		C. POSTAL:	
POBLACIÓN:		TELF:	
		EMAIL:	

1ª PERSONA DE CONTACTO:	
PARENTESCO:	
TELF:	
EMAIL:	

2ª PERSONA DE CONTACTO:	
PARENTESCO:	
TELF:	
EMAIL:	

CONSUMO

SUSTANCIA	CANTIDAD	FECHA INICIO

PAUTA MÉDICA ACTUALIZADA

MEDICACIÓN	POSOLOGÍA (Dosis)	FECHA INICIO	FECHA FIN

ADJUNTAR: FOTOCOPIA D.N.I. Y TARJETA SANITARIA

JUSTICIA: CAUSAS PENDIENTES SI ☐ NO ☐

OTROS CENTROS DONDE HA INGRESADO

CENTRO	TIEMPO DE PERMANENCIA	FECHA

MOTIVACIÓN DE INGRESO: PROPIO: ☐ OTROS: ☐

CUOTA PRIVADA MENSUAL FIJADA: 650 €

DERIVACIÓN:

FECHA LLAMADA:
(A rellenar por la Comunidad)

FECHA INGRESO:
(A rellenar por la Comunidad)

FIRMA USUARIO:

En a de de