

**DATOS BENEFICIARIO**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

 Sin UCR Con UCR (esta opción tiene un coste adicional de 6€ mensuales)

\* Recuerde que debe adjuntar fotocopia del DNI

\*\* Recomendable adjuntar informe médico

**DATOS SANITARIOS BENEFICIARIO****Entidades donde se encuentra asegurado**Entidad 1  Nº Afiliación Entidad 2  Nº Afiliación **Centros Hospitalarios**Hospital 1  Aseguradora Dirección  Teléfono: 91 Hospital 2  Aseguradora Dirección  Teléfono: 91 **Médico de Cabecera**Doctor/a  Teléfonos: 91 91 

Nombre del Centro de Salud, dirección, población y CP

Horario  Aseguradora



## TIPOLOGÍA BENEFICIARIO

Personas Mayores  
 Otros

Enfermos Crónicos  
 Enfermos Post-Operatorios

### Discapacidad

Física  
 Psíquica  
 Sensorial  
 Ninguna

### Grado de Minusvalía

> 33 %  
 33-65 %  
 < 65 %

### Dependencia

Dependiente

No Dependiente

Grado I

Grado II

Grado III

Nivel I  
 Nivel II

Nivel I  
 Nivel II

Nivel I  
 Nivel II

### Nivel de Comunicación

Bien Oralmente en Castellano  
 Apenas Oralmente en Castellano  
 No Oralmente en Castellano

### Problemas Severos

Audición  Usa Audifono  
 Verbalización  
 Visión  
 Ninguno

### Movilidad

Bastón  Silla de Ruedas  
 Muletas  Encamado  
 Andador  Sin Ayudas