**INFORME SOCIAL**

**1.- Identificación de la Persona Mayor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo: |  | | |
| RUN: |  | | |
| Fecha de Nacimiento: |  | Edad: |  |
| Nacionalidad |  |  |  |
| Escolaridad: |  | Profesión u oficio: |  |
| Estado Civil: |  | | |
| Dirección: |  | | |
| Teléfono: |  | | |
| Credencial de Discapacidad: |  | | |
| Puntaje Cartola Hogar: |
| Se encuentra con interdicción: |  | | |
| Utiliza ayudas técnicas: Especifique |  | | |

**2.- Antecedentes hijos de la Persona Mayor**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Edad | Parentesco | Actividad | Dirección | Teléfono |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Observaciones: | | | | | |
|  | | | | | |

**3.- Antecedentes Grupo Familiar y/o vínculo significativo con quienes vive Persona Mayor**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Edad | Parentesco | Actividad | Ingresos | Teléfono |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Observaciones: (Antecedentes VIF, consumo OH-Drogas, enfermedades, discapacidad, otros) | | | | | |

**4.- Antecedentes Habitacionales y Patrimonio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Situación Habitacional** |  | **Tipo de vivienda** |  |
| Situación de Calle |  | Situación calle |  |
| Allegado/a |  | Casa |  |
| Comodatario/a |  | Departamento |  |
| ELEAM |  | Mediagua |  |
| Usufructuario/a |  | Pieza |  |
| Arrendatario/a |  | Espacio Habilitado |  |
| Propietario/a con deuda |  | Hospedería |  |
| Propietario/a sin deuda |  | Residencia Particular |  |
|  |  | Otro: |  |
| Observaciones: (Estado de la vivienda, Servicios básicos, hacinamiento, Persona Mayor cuenta con otra propiedad, si la Persona Mayor arrienda señale el monto, otros) | | | |

**5.- Antecedentes Económicos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pensión: |  | Tipo de Pensión: | |  |
| Monto: | **$** | Quien Cobra: | |  |
| Descuentos: |  | | | |
| Forma de Pago de la Pensión: |  | | | |
| Otros Ingresos de la Persona Mayor: | | | $ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ingresos del Grupo Familiar: | **$** | |
| Detalle de Egresos del Grupo Familiar: | |  |

**6.- Antecedentes de salud**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Centro de Salud: |  |
| Sistema de Salud: |  |
| Fecha de último Control: |  |
| Fecha de vacunación Influenza |  |
| ¿Adulto Mayor, mantiene controles de salud al día? | |
| Especifique diagnósticos: | |

**7.- Redes de apoyo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Persona Mayor, cuenta con cuidador | | Sí | No |
| Nombre Completo: |  | | |
| RUT: |  | | |
| Parentesco |  | | |
| Dirección: |  | | |
| Comuna |  | | |
| Región |  | | |
| Teléfono |  | | |
| Ocupación |  | | |
| Observaciones: | | | |
| Persona Mayor, ¿Participa en alguna organización social? ¿Cuenta con algún beneficio estatal o de programa?  Especifique. | | | |
|  | | | |

**8.- Historia de vida**

|  |
| --- |
|  |
| Señalar voluntad de Persona Mayor: |
| Señalar quien postula y motivo de la postulación: |

**9.- Opinión Profesional**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Nombre profesional:** |  |
| **Institución:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **Correo:** |  |
| **Fecha visita domiciliaria:** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma profesional y timbre Institucional**