**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**