



NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - ÚNICAMENTE PARA USO INSTITUCIONAL

Nombre completo:

No. telefónico para emergencias:

Instrucciones de llenado

Esta boleta recoge información personal como un seguimiento que la institución utiliza para conocer sobre las características de las personas que participan en los programas. La siguiente información que le solicitamos es única y exclusivamente para uso de COOPECAJA y no se divulgará para ningún fin que le perjudique. Por favor llene los espacios en blanco con su información personal y marque con una equis "x" la opción de respuesta que mejor corresponda.

A. INFORMACIÓN PERSONAL

1. Datos personales:

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. de Cédula /Pasaporte	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono de Habitación	Tel. Celular	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Género:

 Femenino  Masculino 

3. Estudios Realizados:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Secundaria completa | <input type="checkbox"/> Estudio Técnico |
| <input type="checkbox"/> Primaria completa | <input type="checkbox"/> Universidad incompleta | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Universidad completa | <input type="checkbox"/> No sabe/ no responde |

4. Cuál ha sido su ocupación, oficio o profesión? (Especifique):

5. Estado Civil:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soltera (o) | <input type="checkbox"/> Divorciada (o) | <input type="checkbox"/> Separada (o) |
| <input type="checkbox"/> Casado (o) | <input type="checkbox"/> Viuda (o) | <input type="checkbox"/> No sabe / No responde |
| <input type="checkbox"/> Unión Libre | | |

6. Con quien vive?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sola (o) | <input type="checkbox"/> Amistades | <input type="checkbox"/> Otros (Especifique):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Con pareja | <input type="checkbox"/> Personas no familiares | _____ |
| <input type="checkbox"/> Con personas familiares | <input type="checkbox"/> No sabe / No responde | _____ |

7. Dirección de habitación

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia	Cantón	Distrito

Otras señas:

8. Trabaja actualmente?

- Sí . En qué trabaja actualmente?: _____
- No
- No sabe / No responde

9. Cuál es su fuente de ingresos?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Otros (Especifique):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ayuda familiar | <input type="checkbox"/> Trabajo y ayuda familiar | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ayuda familiar y pensión | <input type="checkbox"/> Trabajo y pensión | <input type="checkbox"/> No sabe / No responde |

10. Si es pensionado, que tipo de régimen de pensión tiene?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pensión IVM | <input type="checkbox"/> Pensión régimen no contributivo | <input type="checkbox"/> No sabe / No responde |
| <input type="checkbox"/> Pensión Magisterio | <input type="checkbox"/> Pensión de Ministerio de Hacienda | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Especifique): _____ | | |

B. INFORMACION ACERCA DE SU SALUD

1. ¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades que hayan o haya sido diagnosticada por un médico?

- Hipertensión Enfermedades cardiovasculares Otra. Cuál? (Especifique):
 Diabetes Artrosis _____
 Cáncer Osteoporosis _____
 Tiroidismo Enfermedades pulmonares No tiene enfermedades

2. Está usted bajo control médico por sus enfermedades?

- Si No No sabe / No responde

3. Está ud. asegurada(o) o cubierta (o) por algún tipo de sistema de salud nacional?

- Si No No sabe / No responde

4. Realiza algún tipo de actividad física periódica?

- Si No No sabe / No responde

5. Cuantas horas a la semana le dedica a la actividad física?

- De 1 a 2 horas por semana Más de 4 horas a la semana
 De 3 a 4 horas por semana No sabe / No responde

6. Ha sido autorizada (o) por su médico para realizar actividades físicas?

- Si No No sabe / No responde

7. Tiene usted alguna de las siguiente situaciones?

- Discapacidad visual Dificultad permanente en su movilización
 Discapacidad auditiva Alguna otra. (Especifique): _____

8. EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

AL TELÉFONO:

C. ASPECTOS ACERCA DEL CURSO O CLUB EN EL QUE PARTICIPA:

Mencione los grupo(s) o cursos en los que participa y que son asociados a AGECO.

Nombre del curso:

Año de Ingreso

<hr/>	<input type="text"/>
<hr/>	<input type="text"/>
<hr/>	<input type="text"/>
<hr/>	<input type="text"/>
<hr/>	<input type="text"/>
<hr/>	<input type="text"/>
<hr/>	<input type="text"/>
<hr/>	<input type="text"/>

FIRMA PERSONA INTERESADA

FECHA

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

envíá esta boleta a capacitacion@coopecaja.fi.cr o al fax **2222-0785**.
Consultas adicionales al teléfono **2542-1000** ext. **213**.



Coopecaja

