

FUNDACION HOGAR RENACER  
REGISTRO DE AFILIADO

No. AFILIACIÓN \_\_\_\_\_.

NOMBRE DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD ECONOMICA: \_\_\_\_\_

Cédula No. \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ : SEXO: \_\_\_\_\_.

Dirección Residencia: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_.

Teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_.

COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR:

ADULTOS: \_\_\_\_\_ JOVENES: \_\_\_\_\_ NIÑOS: \_\_\_\_\_ ADULTOS MAYORES: \_\_\_\_\_

NOMBRES DE SU NUCLEO FAMILIAR PERMANENTE:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

SE ENCUENTRA AFILIADO AL REGIMEN DE SALUD? CUAL:  
ENTIDAD QUE PRESTA SERVICIOS DE SALUD A SU FAMILIA: \_\_\_\_\_

QUE ENTIDAD HOSPITALARIA LE PRESTA ATENCION DE URGENCIAS? \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARNOS CON

NOMBRE \_\_\_\_\_

TELEFONOS FIJO: \_\_\_\_\_ MÓVIL: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ESTA INFORMACION ES DE USO EXCLUSIVO DE LA FUNDACION HOGAR RENACER Y SOLO SERA USADA EN CASO DE PRESENTARSE UNA EMERGENCIA.

FECHA DILIGENCIAMIENTO: AÑO:            MES:            DIA:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN DILIGENCIA ESTE DOCUMENTO:

\_\_\_\_\_

Vo. Bo. Fundacion: \_\_\_\_\_: