

**SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

**FICHA No.5
REFERENCIA /DERIVACION**

(EN CASO QUE SE REQUIERA SU APLICACIÓN)

INSTRUCCIONES:

Luego de la valoración inicial, o si la institución en la cual se encuentra la persona adulta mayor no cuenta con las condiciones apropiadas y se determina la procedencia del cambio a otra institución, es preciso registrar los datos vinculados a este proceso debido a la responsabilidad que este hecho implica, por esta razón es necesario contar con los nombres y firmas de responsabilidad tanto de la institución que transfiere a la persona adulta mayor, como de quién lo recibe.

Esto permite:

- Regular la transferencia de una persona adulta mayor a otra institución.
- Identificar la procedencia y destino
- Contar con datos precisos del proceso de transferencia.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

FICHA No.5
REFERENCIA /DERIVACION

INSTITUCIÓN A LA QUE SE REFIERE:

ZONA No.:..... DISTRITO.....

CIUDAD:..... CANTÓN:PARROQUIA:.....

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

.....

DIRECCIÓN:

.....

TELÉFONO:.....

RAZÓN SOCIAL: PÚBLICA..... PRIVADA:.....

NOMBRE DE DIRECTOR/COORDINADOR:.....

DATOS PERSONA ADULTA MAYOR:

NOMBRES Y APELLIDOS:

.....

EDAD:..... SEXO: MASCULINO: FEMENINO:

No. DE CÉDULA CIUDADANIA O PASAPORTE:

DOMICILIO DEL USUARIO: (CASA, CENTRO O LUGAR DE ÚLTIMA VIVIENDA)

.....

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FAMILIAR O PERSONA QUE LO ACOMPAÑA:

.....

INSTITUCION QUE TRANSFIERE:

ZONA No.:..... DISTRITO.....

CIUDAD:..... CANTÓN:PARROQUIA.....

NOMBRE:.....

MODALIDAD O SERVICIOS GERONTOLÓGICOS EN EL QUE SE ENCUENTRA LA
PERSONA ADULTA MAYOR:

RESIDENCIA: DIURNA: ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO:
ATENCIÓN DOMICILIARIA: NINGUNO:

MOTIVO DE REFERENCIA:

.....
.....
.....
.....
.....

NOMBRE Y CARGO DEL PROFESIONAL QUE REFIERE:

.....
NOMBRE Y CARGO DEL PERSONAL DEL CENTRO QUE LO ACOMPAÑA:
.....

TELÉFONO FIJO: EXT: TELÉFONO CELULAR:

PRINCIPALES RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

.....
.....
.....
.....

FECHA Y FIRMAS

DD/MM/AA

FIRMAS PERSONAS RESPONSABLES

NOMBRE: _____
CC: _____
INSTITUCIÓN QUE TRANSFIERE

NOMBRE: _____
CC: _____
INSTITUCIÓN QUE RECIBE