



## Solicitud de **TARJETA DE DESCUENTO** y para uso de **FILA EXPRESO** para personas de 60 años o más

### IMPORTANTE

Para obtener a vuelta de correo su **Tarjeta de Descuento** según la Ley Número 108 y para **Fila Expreso** de acuerdo con la Ley Número 51, complete toda la información necesaria para llenar los espacios en blanco. La tarjeta cubre ambas Leyes.

**Nota:** Los beneficios o servicios obtenidos con esta tarjeta son limitados únicamente a las agencias, departamentos, dependencias, subdivisiones públicas o instrumentalidades del gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, no incluye al sector privado.

### Información sobre el solicitante

1. Nombre y Apellidos:

2. Dirección residencial:

3. Dirección postal:


4. Número de teléfono:

5. Fecha de Nacimiento:      Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

6. Edad: \_\_\_\_\_ Años

7. Peso: \_\_\_\_\_ lbs.

8. Estatura: \_\_\_\_\_ pies y \_\_\_\_\_ pulgadas

**Sigue Atrás** 

9. ¿Algún médico o profesional de la salud le ha dicho que usted padece o ha padecido de alguna de las siguientes condiciones? (**Marque con una X todas las que apliquen**).

- |                                          |                                                      |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Enfisema                    |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión    | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (Infarto) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer          | <input type="checkbox"/> Alzheimer                   |
| <input type="checkbox"/> Asma            | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                |
| <input type="checkbox"/> Depresión       | <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? _____          |

10. ¿Usted fuma actualmente?  
 Sí  No

11. ¿Cómo diría usted que está su salud en estos momentos? **Marque solo una.**

- Excelente (Me siento bien de salud todo el tiempo)  
 Buena (Casi siempre estoy en buen estado de salud)  
 Regular (Me siento regular, algunos días bien y otros mal)  
 Mala (Me siento muy mal de salud todo el tiempo)

12. Por favor **escriba el nombre y teléfono de un familiar** o una persona cercana a usted con la cual podamos comunicarnos en caso de que necesitemos más información.

\_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: POR FAVOR ENVIE ESTA SOLICITUD CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

- **2 Foto 2 X 2** reciente con su nombre y apellido escritos detrás de la foto.
- Fotocopia legible de **sólo uno** de los siguientes documentos: **certificado de nacimiento, fe de bautismo** o del **pasaporte**.
- **Un sobre con sello** con su dirección escrita legible y clara (**Pre dirigido**).

¿Dudas? favor de comunicarse a: **787-765-2929, exts 4430 o 4131**

Envíe su solicitud con todos los documentos a esta dirección:

**DEPARTAMENTO DE SALUD**  
**Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud**  
**Programa de Geriatría**  
**P. O. Box 70184**  
**San Juan, Puerto Rico 00936-8184**

**NO ESCRIBA EN ESTA AREA SOLO PARA USO DEL PROGRAMA DE GERIATRIA**

FECHA DE RECIBIDO: DIA \_\_\_\_ MES \_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_ # DE TARJETA: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE SE ENVIO POR CORREO: DIA \_\_\_\_ MES \_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITO LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_