

SOLICITUD DE SERVICIO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA A DOMICILIO

I. DATOS DEL FAMILIAR

D/D ^a	_____
DOMICILIO	_____ N ^o _____ C.P. _____
TELÉFONO	_____
OTRAS AYUDAS QUE RECIBE	_____

II. DATOS DEL ENFERMO

APELLIDOS	_____	NOMBRE	_____
DOMICILIO	_____	N ^o	_____ C.P. _____
TELÉFONO DE CONTACTO DE UN FAMILIAR	_____		
<u>FASE EN LA QUE SE ENCUENTRA</u>	_____		

III. TURNO QUE SOLICITA¹ (Señale con una X y preferencia de horario y días).

MAÑANAS _____

TARDES _____

¹ La información aquí reflejada tiene carácter orientativo para AFAEX. Su finalidad es agilizar la organización del servicio teniendo lo más en cuenta posible sus necesidades. **DURANTE EL PERIODO ESTIVAL (meses de agosto y septiembre) el horario de atención será SÓLO DE MAÑANA.**