

SOLICITUD DE SERVICIO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

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 _____ CP _____ |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TARDES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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. El coste del servicio es de 55 € 8 sesiones/mes.**