



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud  
Programa de Envejecimiento Saludable

### Solicitud de Tarjeta de Descuento y para uso de FILA EXPRESO para personas de 60 años o más

#### IMPORTANTE

**Instrucción:** Para obtener a vuelta de correo su Tarjeta de Descuentos (Ley Número 108) y para uso de Fila Expreso y turnos de prioridad (Ley Número 297), complete toda la información llenando los espacios en blanco y marcando con una X las que así apliquen.

**Nota:** La tarjeta cubre ambas leyes. 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 \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Materno \_\_\_\_\_

2. Dirección residencial: \_\_\_\_\_  
Urbanización / Condominio / Barrio

\_\_\_\_\_  
Número / Kilómetro / Número Apartamento

\_\_\_\_\_  
Calle / Carretera

\_\_\_\_\_  
Pueblo, País

\_\_\_\_\_  
Código Postal

3. Dirección Postal:  Igual a la residencial \_\_\_\_\_  
Urbanización / Condominio / Barrio

\_\_\_\_\_  
Número / Kilómetro / Apartado/ Número Apartamento

\_\_\_\_\_  
Calle / Carretera

\_\_\_\_\_  
Pueblo, País

\_\_\_\_\_  
Código Postal

4. Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

5. Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

7. Edad: \_\_\_\_\_ Años

8. Peso: \_\_\_\_\_ lbs.

9. Sexo:  Hombre  Mujer

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



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

12. ¿Usted **fuma** actualmente?

- Sí     No

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

- Excelente       Buena       Regular       Mala

14. 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.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



**¡IMPORTANTE!** Por favor envíe esta solicitud con los siguientes documentos:

- **2 Fotos 2 x 2** reciente con su nombre y apellidos escritos detrás de la foto.
- Fotocopia legible de sólo uno de los siguientes documentos: **certificado de nacimiento, fe de bautismo o pasaporte.**
- **Un sobre con sello** (pre dirigido) con su dirección escrita legible y clara para que nosotros le enviemos por correo su tarjeta.



Envíe su solicitud con todos los documentos a esta dirección: →

**DEPARTAMENTO DE SALUD**  
**Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud**  
**Programa de Envejecimiento Saludable**  
**P.O. Box 70184**  
**San Juan, Puerto Rico 00936-8184**



¿Dudas? Favor de comunicarse a: **787-765-2929, ext. 4131 o 4103**

**NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA SOLO PARA USO DEL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

FECHA DE RECIBO: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ # TARJETA: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE SE ENVIÓ POR CORREO: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

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