



## NO ME OLVIDES SI ME OLVIDO

PULSERAS QR PARA PERSONAS MAYORES CON ALZHEIMER

### SOLICITANTE

NOMBRE:
APELLIDOS:
FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCION:
TELEFONO:

### FAMILIARES O PERSONAS DE CONTACTO

Nombre y Apellidos	Relación solicitante	Teléfono de contacto

**DATOS MEDICOS DE INTERES:** podrán indicar datos de interés como alergias, medicamentos que toma el usuario, enfermedades o cualquier otro dato que pueda facilitar la rápida intervención de un profesional. ***Deberan aportar un informe médico en el que se indique el diagnóstico de demencia o enfermedad de Alzheimer en fase inicial.***

--

Fecha y Firma: