



ACUERDO HOGAR DE MADRES CISB

Fecha de Ingreso: _____

Motivo de Ingreso: _____

Apellido y Nombre: _____

D.N.I. N°: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Departamento: _____

Teléfono de Referencia: _____

Nombre del RN: _____

D.N.I. N° del RN: _____

E-mail: _____

Acompañante: **SI** **NO**

Apellido y Nombre: _____

D.N.I. N°: _____

Parentesco: _____

En mi carácter de paciente del Hogar de Madres, por la presente declaro que conozco el Reglamento Interno de la misma y me comprometo a dejar la casa, cuando la Coordinación Administrativa del C.I.S.B. me lo solicite.

Asimismo, durante el tiempo que me encuentre viviendo en la casa hogar, colaborare con la limpieza, respetare los horarios establecidos, cuidare los bienes muebles que me sean asignados y los devolveré en las mismas condiciones.

Firma y D.N.I. del acompañante

Firma y D.N.I. de la paciente

Fecha de Egreso: _____

Se deja constancia que la paciente Sra. _____,
D.N.I. _____, se retira en el día de la fecha, siendo las Horas: _____.-

La Paciente cumplió con el Reglamento Interno de esta Casa Hogar durante su estadía en la misma:

SI **NO**

Observaciones:.....
.....
.....