



MISIÓN

Apoyar y acompañar a personas con cáncer proporcionándoles recursos para atender sus necesidades médicas, psicológicas y espirituales que les permita mejorar su calidad de vida y vivir el cáncer de manera informada, con plena lucidez y libertad.

www.adioselcancer.org.mx



A DIOS EL CÁNCER

Solicitud de registro

Datos Personales

Nombre. _____
Edad. _____ Fecha de nacimiento. _____ Sexo F M
Dirección particular. _____
Tel. Casa. _____ Celular. _____ Recados. _____
e-mail. _____ Grado escolar. _____

Datos del Cáncer

¿Qué cáncer padece? _____ Fecha de detección. _____
¿Cómo se lo ha atendido y dónde? _____

¿Cómo ha financiado el tratamiento? _____

Datos Familiares

Estado civil. Soltero(a), unión libre, casado(a), divorciado(a), viudo(a) _____
Nombre del cónyuge o pareja. _____ Tel. Casa. _____
Celular. _____ Recados. _____
e-mail. _____ Grado escolar. _____
Cantidad de hijos. _____ Edades. _____ ¿Cuántos dependen de ud? _____

Datos Laborales

¿Actualmente trabaja? _____ Años de antigüedad. _____ Ayuda que recibe. _____
Lugar de trabajo. _____

Apoyo Solicitado

Explique brevemente el apoyo que solicita. _____

Fecha en que requiere el apoyo. _____

* Anexar: IFE, foto del interesado, foto familiar, estudios de confirmación del cáncer

