

SOLICITANTE

APELLIDOS

NOMBRE

--	--



DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA SOLICITAR INGRESO EN

- SOLICITUD DE INGRESO
- ANEXO A SOLICITUD
- FOTOCOPIA DEL DNI
- FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA
- INFORME MÉDICO
- FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE MINUSVALIA (SI SE POSEE)
- INFORME SOCIAL (SOLO PARA LAS PLAZAS PÚBLICAS)

Señalar con una X la documentación que se adjunta en la Solicitud.

SOLICITUD DE INGRESO

DATOS PERSONALES

PRIMER SOLICITANTE

APELLIDOS _____

NOMBRE _____ DNI _____ E. CIVIL _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ FECHA NAC. _____

SEGUNDO SOLICITANTE

APELLIDOS _____

NOMBRE _____ DNI _____ E. CIVIL _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ FECHA NAC. _____

DATOS DE CONTACTO

DOMICILIO _____ N° _____

LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

C.P. _____ TFNOS. _____

SOLICITO INGRESAR EN _____

Y POR ELLO FIRMO LA PRESENTE EN _____ A _____

DE _____ DE _____.

FIRMA 1^{er} SOLICITANTE

FIRMA 2^o SOLICITANTE

ANEXO A SOLICITUD

DATOS PERSONALES

SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DIRECCIÓN _____ C.P. _____

POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____

POLIZA FALLEC. _____ TFNO. POLIZA _____

DATOS FAMILIARES

PRIMERO

NOMBRE Y APELLIDOS _____

RELACIÓN FAMILIAR _____ DNI _____

DIRECCIÓN _____ C.P. _____

POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

TELEFONOS _____ , _____ , _____

SEGUNDO

NOMBRE Y APELLIDOS _____

RELACIÓN FAMILIAR _____ DNI _____

DIRECCIÓN _____ C.P. _____

POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

TELEFONOS _____ , _____ , _____

INFORME MÉDICO

D. _____, COLEGIADO N° _____
 DE _____, MÉDICO DE _____
 TFNO. _____.

RECONOCIMIENTO EFECTUADO AL/LOS SOLICITANTE/S DE INGRESO EN

_____.

D/D^a _____

Y D/D^a _____

	1 ^{er} SOLICITANTE				2 ^o SOLICITANTE			
	SI		NO		SI		NO	
PADECE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA	SI		NO		SI		NO	
INMOVILIZADO EN CAMA, ATENCIÓN CONTINUA	SI		NO		SI		NO	
TENSIÓN ARTERIAL								
FRECUENCIA CARDIACA								
FRECUENCIA RESPIRATORIA								

AUTONOMIA FÍSICA

LIMITACIONES	1 ^{er} SOLICITANTE				2 ^o SOLICITANTE			
1. EXTREMIDADES SUPERIORES		NORMAL				NORMAL		
		LEVES				LEVES		
		IMPORTANTES				IMPORTANTES		
		TOTALES				TOTALES		
2. EXTREMIDADES INFERIORES		NORMAL				NORMAL		
		LEVES				LEVES		
		IMPORTANTES				IMPORTANTES		
		TOTALES				TOTALES		
3. CONTINENCIA DE ESFÍNTERES		NORMAL				NORMAL		
		LEVES				LEVES		
		IMPORTANTES				IMPORTANTES		
		TOTALES				TOTALES		
4. VISTA Y OIDO		NORMAL				NORMAL		
		LEVES				LEVES		
		IMPORTANTES				IMPORTANTES		
		TOTALES				TOTALES		

DIAGNÓSTICO

AUTONOMIA PSÍQUICA

TRANSTORNOS	1 ^{er} SOLICITANTE		2 ^o SOLICITANTE	
1. ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	NORMAL
	<input type="checkbox"/>	LEVES	<input type="checkbox"/>	LEVES
	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES
	<input type="checkbox"/>	TOTALES	<input type="checkbox"/>	TOTALES
2. PERCEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	NORMAL
	<input type="checkbox"/>	LEVES	<input type="checkbox"/>	LEVES
	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES
	<input type="checkbox"/>	TOTALES	<input type="checkbox"/>	TOTALES
3. COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	NORMAL
	<input type="checkbox"/>	LEVES	<input type="checkbox"/>	LEVES
	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES
	<input type="checkbox"/>	TOTALES	<input type="checkbox"/>	TOTALES
4. CONTROL EMOCIONAL	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	NORMAL
	<input type="checkbox"/>	LEVES	<input type="checkbox"/>	LEVES
	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES
	<input type="checkbox"/>	TOTALES	<input type="checkbox"/>	TOTALES
5. MEMORIA	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	NORMAL
	<input type="checkbox"/>	LEVES	<input type="checkbox"/>	LEVES
	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES
	<input type="checkbox"/>	TOTALES	<input type="checkbox"/>	TOTALES
6. CONDUCTA	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	NORMAL
	<input type="checkbox"/>	LEVES	<input type="checkbox"/>	LEVES
	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTES
	<input type="checkbox"/>	TOTALES	<input type="checkbox"/>	TOTALES

OBSERVACIONES

_____ , a _____ de _____ de _____

Firma

ANEXO A INFORME MÉDICO

Historia N°

D./D^a. _____

GRADO DE AUTONOMIA	FECHA	VALORACIÓN

PATOLOGÍA ACTUAL:

ENFERMEDADES / INTERVENCIONES A DESTACAR:

TRATAMIENTO ACTUAL

FÁRMACO	PAUTA			DURACIÓN TRATAMIENTO
	Desay.	Comida	Cena	

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PENDIENTES

Firma

INFORME SOCIAL

TRABAJADOR/A SOCIAL	
ENTIDAD	
SOLICITANTE/S	
DOMICILIO SOLICITANTE	
TELEFONO DE CONTACTO	

1. DATOS DEL SOLICITANTE

ESTADO CIVIL

SOLTERO CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO

Nº DE HIJOS: _____

NIVEL EDUCATIVO

ANALFABETO ANALFABETO FUNCIONAL OTRO

UNIDAD DE CONVIVENCIA

MATRIMONIAL CON HIJOS CON OTROS FAMILIARES

CON OTRAS PERSONAS SOLO/A

NÚMERO DE MIEMBROS: _____

CAUSA PRINCIPAL DE LA SOLICITUD

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DESAMPARO (SIN MEDIOS) | <input type="checkbox"/> VIVIENDA EN MALAS CONDICIONES |
| <input type="checkbox"/> ABANDONO FAMILIAR | <input type="checkbox"/> CONDICIONES PRECARIAS DE VIDA |
| <input type="checkbox"/> LA FAMILIA NO PUEDE ATENDERLE | <input type="checkbox"/> SOLEDAD |
| <input type="checkbox"/> CONFLICTO FAMILIAR | <input type="checkbox"/> PETICIÓN PROPIA |
| <input type="checkbox"/> SALUD | <input type="checkbox"/> MALOS TRATOS |
| <input type="checkbox"/> SIN VIVIENDA | <input type="checkbox"/> OTRO: |

2. HISTORIA SOCIO-FAMILIAR

1. Ayuda que necesita para realizar las actividades de la vida diaria.
2. Apoyo social que recibe.
3. Situación de la familia que le apoya.

3. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

4. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

5. DICTAMEN PROFESIONAL

1. Interpretación y valoración global de la situación.
2. Alternativas.