



COMARCA
de
SOBRARBE

SOLICITUD DE TELEASISTENCIA

BENEFICIARIO:

LOCALIDAD:

De acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos personales, le informamos de que sus datos personales formarán parte del fichero del "Centro Comarcal de servicios sociales" titularidad de la Comarca del Sobrarbe con la finalidad de tramitar su solicitud. Sus datos no serán cedidos a terceros salvo que la ley lo permita o lo exija expresamente.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y supresión (derecho al olvido), limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y de oposición, en relación a sus datos personales, dirigiéndose a la Comarca del Sobrarbe, Avda. de Ordesa nº 79, 22.340 Boltaña (Huesca).

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra Web www.sobrarbe.com

Fecha y firma del solicitante



(Este informe se emite exclusivamente a efectos de solicitar acogerse al programa de Teleasistencia Domiciliaria).

(Se ruega sea cumplimentado por el médico de cabecera o médico de familia con letra clara y mayúscula).

Datos personales usuario:

Profesional que emite el informe: Apellidos, Nombre y N° colegiado:

.....

Centro de Salud:

En su defecto número/números de teléfono de la consulta/urgencias:

Señalar las siguientes enfermedades que padece:

- Enfermedad o déficits auditivos. Cuáles:
- Enfermedad o déficits visuales. Cuáles:
- Respiratorias. Cuáles:
- Cardiocirculatorias. Cuáles:
- Osteo-articulares (fracturas, reumáticas). Cuáles:
- Neuro-psiquiátricas. Cuáles:
- Genito-urinarias (incontinencias). Cuáles:
- Digestivas. Cuáles:
- Endocrinas (diabetes, etc.). Cuáles:
- Infecciones. Cuáles:
- Otras:
- ALERGIAS (si tiene):

MEDICACIÓN (Indicar la patología y dosis). Si se considera muy fundamental la toma de alguna medicación en concreto, especificarlo, así como si sería conveniente el recordatorio de la misma al paciente).

RIESGOS ESPECÍFICOS (si tiene):

- Caídas
- Pérdidas de conciencia
- Posibles contagios
- Otros (especificar cuales)

Considera que sus aptitudes ante las diferentes actividades cotidianas son las siguientes:

(señale con una X en el recuadro correspondiente)

VISION

- Ve bien
- No puede leer
- Ceguera total

MOVILIDAD

- Se mueve solo
- Necesita ayuda
- Necesita andadores, bastón o muletas
- Va en silla de ruedas

RESPIRACION

- Respira bien
- Se cansa o le cuesta respirar
- Se ahoga a menudo
- Necesita oxigenoterapia esporádicamente

AUDICIÓN

- Oye bien (con o sin audífono)
- Hay que hablarle fuerte
- No oye

HABLA

- Se encuentra bien
- Cuesta entenderle un diálogo confuso, incoherente

DESORIENTACIÓN

- No se manifiesta
- Escucha pero no comprende
- Problemas de memoria

ESTADO ANÍMICO

- Se siente bien
- Se siente solo
- Está deprimido

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

Fecha y firma

