



COMARCA
de

SOBRARBE

IMPRESO DE SOLICITUD DEL

SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

A RELLENAR POR EL TITULAR

D. /Dña. _____ con DNI _____ ,
domiciliado en _____
Código Postal _____ Teléfono _____
Solicita acogerse al Servicio de Teleasistencia Domiciliaria como Titular.

A RELLENAR SOLO EN CASO DE QUE EXISTA UN PRIMER BENEFICIARIO

D. con DNI..... , con el
mismo domicilio que el titular, solicita
acogerse al Servicio de Teleasistencia Domiciliaria como:
 - Beneficiario con colgante.
 -Beneficiario sin colgante.

A RELLENAR SOLO EN CASO DE QUE EXISTA UN SEGUNDO BENEFICIARIO

D. con DNI..... ,
con el mismo domicilio que el titular, solicita
acogerse al Servicio de Teleasistencia Domiciliaria como:
 -Beneficiario con colgante.
 -Beneficiario sin colgante.

Se comprometen a cumplir las normas de funcionamiento de dicho servicio, así como a abonar la cuantía que les corresponda, la cual se abonará mediante la domiciliación bancaria que autorizan.

Boltaña, a _____ de _____ de 201

El titular

1.º beneficiario

2.º beneficiario

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA COMARCA DE SOBRARBE



(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



COMARCA
de
SOBRARBE

SERVICIO COMARCAL DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

INFORME SOCIAL

Profesional que emite el informe:

Beneficiario/a:

SITUACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

SALUD

VIVIENDA

RELACIONES SOCIO-FAMILIARES

OCIO Y TIEMPO LIBRE

JUSTIFICACIÓN DE LA DEMANDA

VALORACIÓN PROFESIONAL

Fecha

Firma



COMARCA
de

SOBRARBE

AUTORIZACION BANCARIA

D./Dña.

Domiciliado en _____, calle

con N.I.F.

Autoriza a la Comarca de Sobrarbe para que cargué en mi Cuenta Bancaria nº

E	S																									
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

las liquidaciones de las tasas correspondientes al Servicio de **Teleasistencia** que me es prestado por la Comarca de Sobrarbe.

En _____ a _____ de _____ de 201

Firmado: