

EXPEDIENTE \_\_\_\_

RESPONSABLE \_



Ayuntamiento de Torrelavega

## SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

### FICHA DE DATOS

USUARIO		
APELLIDOS Y NOMBRE		
FECHA DE NACIMIENTO	D.N.I.	E.C.
DOMICILIO		
TELÉFONO		CONTACTO

UNIDAD FAMILIAR		
PARENTESCO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO

SITUACIÓN SANITARIA							
CENTRO:		MÉDICO:		Nº TARJETA:			
DIAGNÓSTICO:							
AUTONOMÍA:							
MINUSVALÍA:							
COMER	VESTIDO	BAÑO	HIGIENE PERSONAL	CONTROL ANAL	CONTROL VESICAL		
Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>	Ningún problema <input type="checkbox"/>	Ningún problema <input type="checkbox"/>		
Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Algún accidente <input type="checkbox"/>	Algún accidente <input type="checkbox"/>		
Dependiente <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>			Incontinente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>		
TRANSFERENCIA SILLA-CAMA		CAMINAR		SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		USO DEL WC	
Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>	
Ayuda mínima <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>	
Puede sentarse pero no trasladarse <input type="checkbox"/>		Autónomo con silla de ruedas <input type="checkbox"/>		No puede <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>	
Dependiente <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>					

USO DEL TELÉFONO	CAPACIDAD PARA VIAJAR	PUEDO IR DE COMPRAS	USO DE DINERO	PREPARACIÓN DE COMIDAS
No lo utiliza <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	No viaja <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	No las realiza <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	No lo utiliza <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	No las prepara <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
TAREAS DOMÉSTICAS		MEDICACIÓN		
No las realiza <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	No la toma <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	
ORIENTACION		COMUNICACIÓN Y LENGUAJE		
Orientado <input type="checkbox"/> Ocasionalmente desorientado <input type="checkbox"/> Totalmente desorientado <input type="checkbox"/>		Comunicación espontánea <input type="checkbox"/> Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje <input type="checkbox"/> Afasia total <input type="checkbox"/>		
COMPORTAMIENTO PSIQUICO				
No presenta problemas de comportamiento <input checked="" type="checkbox"/>				
Trastorno del comportamiento sin riesgo (existen trastornos leves del comportamiento) <input type="checkbox"/>				
Trastornos del comportamiento con riesgo (agresividad, agitación, peligro de huidas, intentos de autolisis, etc.) <input type="checkbox"/>				

### ATENCIONES QUE PRECISA

#### Atenciones de carácter doméstico:

- limpieza de la vivienda
- cuidado de ropa
- realización de compras
- preparación de comidas
- pequeñas reparaciones domésticas

#### Atenciones de carácter personal:

- aseo personal
- ayuda a la movilización
- acompañamiento en desplazamientos externos
- ayuda para comer
- supervisión de la toma de medicamentos
- acompañamiento en actividades de ocio

#### Atenciones de carácter socio-educativo

- intervención técnico-profesional para el desarrollo de capacidades personales
- intervención de carácter educativo para la adquisición de habilidades sociales
- facilitar el acceso a actividades de ocio

#### Otras atenciones complementarias

**TELEASISTENCIA: EN TRAMITE**

### HORARIO

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	total horas /semana	horario
AP								
LD								
SE								
AC								

**Auxiliar:**

**NOMBRE**

<b>SITUACIÓN SANITARIA</b>					
<b>CENTRO:</b>		<b>MÉDICO:</b>		<b>Nº TARJETA:</b>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>					
<b>AUTONOMÍA:</b>					
<b>MINUSVALÍA:</b>					
<b>COMER</b>	<b>VESTIDO</b>	<b>BAÑO</b>	<b>HIGIENE PERSONAL</b>	<b>CONTROL ANAL</b>	<b>CONTROL VESICAL</b>
Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>	Ningún problema <input type="checkbox"/>	Ningún problema <input type="checkbox"/>
Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Algún accidente <input type="checkbox"/>	Algún accidente <input type="checkbox"/>
Dependiente <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>			Incontinente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERENCIA SILLA-CAMA</b>		<b>CAMINAR</b>		<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	
Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>
Ayuda mínima <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>
Puede sentarse pero no trasladarse <input type="checkbox"/>		Autónomo con silla de ruedas <input type="checkbox"/>		No puede <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>
Dependiente <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>			
<b>USO DEL TELÉFONO</b>	<b>CAPACIDAD PARA VIAJAR</b>	<b>PUEDE IR DE COMPRAS</b>		<b>USO DE DINERO</b>	<b>PREPARACIÓN DE COMIDAS</b>
No lo utiliza <input type="checkbox"/>	No viaja <input type="checkbox"/>	No las realiza <input type="checkbox"/>		No lo utiliza <input type="checkbox"/>	No las prepara <input type="checkbox"/>
Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>		Autónomo <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>
Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>
Dependiente <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>
<b>TAREAS DOMÉSTICAS</b>			<b>MEDICACIÓN</b>		
No las realiza <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>	No la toma <input type="checkbox"/>		Con ayuda <input type="checkbox"/>
Autónomo <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>	Autónomo <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>
<b>ORIENTACION</b>			<b>COMUNICACIÓN Y LENGUAJE</b>		
Orientado <input type="checkbox"/>			Comunicación espontánea <input type="checkbox"/>		
Ocasionalmente desorientado <input type="checkbox"/>			Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje <input type="checkbox"/>		
Totalmente desorientado <input type="checkbox"/>			Afasia total <input type="checkbox"/>		
<b>COMPORTAMIENTO PSIQUICO</b>					
No presenta problemas de comportamiento				<input type="checkbox"/>	
Trastorno del comportamiento sin riesgo (existen trastornos leves del comportamiento)				<input type="checkbox"/>	
Trastornos del comportamiento con riesgo (agresividad, agitación, peligro de huidas, intentos de autólisis, etc.)				<input type="checkbox"/>	