



DEPUTACIÓN PROVINCIAL DE LUGO
Servizo de Teleasistencia Domiciliaria

REMISIÓN DE SOLICITUDE

Por este Concello/Centro de Saúde de
realizouse estudio da solicitude presentada para que lle sexa concedido o Servizo de
Teleasistencia Domiciliaria.

Apelidos

Nome

| | |
|-------|-------|
| | |
|-------|-------|

Axúntase a documentación requirida para que se proceda a darlle de alta no devandito servizo.

....., ade de 200..

ILMO. SR. PRESIDENTE DA EXCMA. DEPUTACIÓN PROVINCIAL DE LUGO.



DEPUTACIÓN PROVINCIAL DE LUGO
Servizo de Teleasistencia Domiciliaria

SOLICITUDE E AUTORIZACIÓN

D./Dona _____ con D.N.I. _____ e
con enderezo en _____ Concello de _____
Cód. Postal _____ en calidade de titular do servizo.

A cubrir só en caso dun beneficiario distinto do titular

| |
|--|
| D./Dona _____ con D.N.I. _____ en calidade de beneficiario/a do servizo. Beneficiario/a con pulseira <input type="checkbox"/> Beneficiario/a sen pulseira <input type="checkbox"/> |
| D./Dona _____ con D.N.I. _____ en calidade de beneficiario/a do servizo. Beneficiario/a con pulseira <input type="checkbox"/> Beneficiario/a sen pulseira <input type="checkbox"/> |

SOLICITO/SOLICITAMOS:

Que se me conceda a alta no servizo de Teleasistencia Domiciliaria, e no caso de que así sexa,

AUTORIZO/AUTORIZAMOS

| |
|--|
| <p>1.- A utilización dos datos de carácter persoal, socio-sanitario, etc., á Deputación Provincial de Lugo como responsable do ficheiro informático de Servizo, para uso interno desta Entidade e a cesión deles á empresa adjudicataria. Tamén quedo/quedamos informado/s segundo o que establece a Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, a exercita-los dereitos de acceso, rectificación e cancelación dos datos obrantes no antedito ficheiro. Quedo/quedamos advertidos de que o exercicio deste dereito pode causar, de se-lo caso, a imposibilidade de ser usuario do servizo.</p> <p>2.- Que o persoal da empresa adjudicataria acceda á nosa vivenda e me instale o terminal así como ante unha situación de alarma, valorada libremente polo persoal da empresa, poida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Entrar na miña vivenda por calquera medio ó seu alcance.- Solicitar axuda ós organismos de salvamento, seguridade pública ou sanitarios.- A gravación das conversas realizadas entre o usuario e o centro de atención. <p>A empresa non se responsabiliza dos danos e desperfectos que se puideran causar na vivenda por mor do acceso ante unha situación de urgencia. Asemade, comprométese a comunicar ao Concello ou Centro de Saúde, no prazo de 15 días calquera variación das circunstancias que deron lugar á concesión do servizo, así como a cumpla-las normas de funcionamento do devandito servizo.</p> |
|--|

O/A TITULAR

O/A BENEFICIARIO/A

O/A BENEFICIARIO/A

A _____ de _____ de 200__

ILMO. SR. PRESIDENTE DA EXCMA. DEPUTACIÓN PROVINCIAL DE LUGO.



FICHA USUARIO

DATOS USUARIO/A

| | |
|---|-----------------------|
| Apelidos: _____ | Nome: _____ |
| Home: <input type="checkbox"/> Muller: <input type="checkbox"/> D.N.I.: _____ | Data Nacemento: _____ |
| Estado Civil: _____ | Teléfono: _____ |
| Enderezo: _____ | Parroquia: _____ |
| Concello: _____ | Cód. Postal: _____ |

DATOS BENEFICIARIO/A

| | |
|---|-----------------------|
| Apelidos: _____ | Nome: _____ |
| Home: <input type="checkbox"/> Muller: <input type="checkbox"/> D.N.I.: _____ | Data Nacemento: _____ |
| Estado Civil: _____ | Teléfono: _____ |
| Enderezo: _____ | Parroquia: _____ |
| Concello: _____ | Cód. Postal: _____ |

DATOS BENEFICIARIO/A

| | |
|---|-----------------------|
| Apelidos: _____ | Nome: _____ |
| Home: <input type="checkbox"/> Muller: <input type="checkbox"/> D.N.I.: _____ | Data Nacemento: _____ |
| Estado Civil: _____ | Teléfono: _____ |
| Enderezo: _____ | Parroquia: _____ |
| Concello: _____ | Cód. Postal: _____ |

CONTACTOS PROPIOS DO USUARIO/A

| | |
|---|-------------------|
| Nome: _____ | Teléfono: _____ |
| Teléfono Móvil: _____ Chaves: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Parentesco: _____ |
| Enderezo: _____ | Concello: _____ |
| Enderezo Traballo: _____ | Concello: _____ |
| Horario: _____ | |

| | |
|---|-------------------|
| Nome: _____ | Teléfono: _____ |
| Teléfono Móvil: _____ Chaves: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Parentesco: _____ |
| Enderezo: _____ | Concello: _____ |
| Enderezo Traballo: _____ | Concello: _____ |
| Horario: _____ | |

| | |
|---|-------------------|
| Nome: _____ | Teléfono: _____ |
| Teléfono Móvil: _____ Chaves: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Parentesco: _____ |
| Enderezo: _____ | Concello: _____ |
| Enderezo Traballo: _____ | Concello: _____ |
| Horario: _____ | |

| | |
|---|-------------------|
| Nome: _____ | Teléfono: _____ |
| Teléfono Móvil: _____ Chaves: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Parentesco: _____ |
| Enderezo: _____ | Concello: _____ |
| Enderezo Traballo: _____ | Concello: _____ |
| Horario: _____ | |



INFORME SOCIAL

Emitido por: _____, traballador/a
social do Concello/Centro de Saúde de _____,
Nº Colexiado: _____

Nome e apelidos do/a solicitante: _____

MOTIVO: SOLICITUDE DO SERVIZO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

COMPOSICIÓN FAMILIAR:

| Nome e Apelidos | Parentesco | Data Nacemento | Ocupación |
|-----------------|------------|----------------|-----------|
| | | | |

OUTROS FAMILIARES:

| Nome e Apelidos | Parentesco | Data Nacemento | Ocupación |
|-----------------|------------|----------------|-----------|
| | | | |

NIVEL DE RELACIÓN:

| | Relacións veciñais | | | | | Relación amigos | | | | | Relacións familiares | | | | |
|------------------|--------------------|-----|---|---|---|-----------------|-----|---|---|---|----------------------|-----|---|---|---|
| | Si | Non | B | R | M | Si | Non | B | R | M | Si | Non | B | R | M |
| Titular | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beneficiario/a 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beneficiario/a 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beneficiario/a 3 | | | | | | | | | | | | | | | |

Nota: B= Adecuadas en número. Continuas. Con calidade
R= Relacións esporádicas. Acoden irregularmente. Apoio inefectivo
M= Inexistentes. Escasas. Sen posibilidade de apoio efectivo.



DEPUTACIÓN PROVINCIAL DE LUGO
Servizo de Telesistencia Domiciliaria

RECURSOS SOCIAIS DE APOIO:

| | Si | Non | No caso de ter servizo de Axuda no fogar: Nome da empresa: _____ Telf.: _____ Nome de auxiliar: _____ Telf.: _____ Horario: _____ |
|---------------------------|----|-----|--|
| Servizo de axuda no fogar | | | |
| Centro social | | | Teléfono: _____ Horario: _____ |
| Centro de día | | | Teléfono: _____ Horario: _____ |
| G.P.S. | | | |
| Sensor de movemento | | | |
| Outros | | | Especificar: _____ |

DATOS DE VIVENDA:

TIPOS DE VIVENDA: Edificio de veciños
Vivenda unifamiliar illada
Vivenda unifamiliar urbán
Outros Especificar: _____

SERVIZOS: Calefacción
Ascensor
W.C.
Porteiro automático
Barreiras arquitectónicas Ubicación: _____
Saídas de emerxencia Ubicación: _____

ANIMAIS DE COMPAÑÍA:

Tipo: _____ Nome: _____ Agresivo: Si Non



VALORACIÓN DA NECESIDADE:

PROPOSTA:

- Inclusión no programa de Teleasistencia domiciliaria para preservar a seguridade no domicilio, tanto do/a titular do servizo, como dos/as beneficiarios/as.
- Denegación do programa por non reunir os requisitos.

_____, a _____ de _____ de 200_

Traballador/a Social Nº Colexiado/a: _____

Asdo.: _____



COBERTURA SANITARIA

USUARIO/A: Nome e apelidos: _____

Atención Primaria:

Consultorio: Centro Saúde: N° Afiliación:

MÉDICO DE FAMILIA:

Nome: _____ Teléfono: _____

Enderezo: _____ Horario: _____

CENTRO DE SAÚDE:

Nome: _____ Teléfono: _____

Enderezo: _____ Horario: _____

HOSPITAL DE REFERENCIA:

Teléfono: _____

SERVIZO DE URXENCIAS:

Teléfono: _____

COBERTURA SANITARIA PRIVADA:

Compañía: _____ N° Asegurado: _____

SERVIZO DE AXENDA:

TIPO: Despertador:

Medicación:

Recordatorio citas:

Outros:



DEPUTACIÓN PROVINCIAL DE LUGO
Servizo de Teleasistencia Domiciliaria

ESTADO DE SAÚDE

USUARIO/A /BENEFICIARIO/A: _____

| | | | | |
|---|----------------------------|--|---|----------|
| Discapacidade funcional: Válese: <input type="checkbox"/> Necesita axuda: <input type="checkbox"/> Axuda Total: <input type="checkbox"/> | Diagnóstico clínico | | Control de esfínteres: <i>Incontinencia urinaria:</i> Non: <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> <i>Incontinencia Fecal:</i> Non: <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> | |
| Discapacidade Psíquica: Válese: <input type="checkbox"/> Necesita axuda: <input type="checkbox"/> Axuda Total: <input type="checkbox"/> | | | | |
| Demencia: <input type="checkbox"/> Depresión: <input type="checkbox"/> Inseguridade: <input type="checkbox"/> Desorientación: <input type="checkbox"/> Agresividade: <input type="checkbox"/> Axitación: <input type="checkbox"/> Ansiedade: <input type="checkbox"/> Outras: <input type="checkbox"/> | Alerxias: | | Sentidos: Oído: Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Vista: Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Fala: Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> | |
| | Tratamento: | | | |
| Peso do usuario | < 80 Kg | | De 80 a 100 Kg | > 100 Kg |

Informe emitido por: D/Dona: _____

Nº Colexiado: _____

Data: ____/____/____

Sinatura e selo:



PARTE DE INCIDENCIAS

CONCELLO/CENTRO DE SAÚDE DE: _____

USUARIO: _____

1.- **SUSPENSIÓN** Data: ___/___/___

1.1.- Ingreso en Centro Hospitalario

1.2.- Vacacións

1.3.- Cambio de domicilio no concello A: _____

1.4.- Ausencia do domicilio (> 15 días, < de 3 meses)

1.5.- Outros Especificar: _____

2.- **BAIXA** Data: ___/___/___

2.1.- Ingreso en Centro residencial ou similar

2.2.- Cambio de concello

2.3.- Defunción

2.4.- Outros Especificar: _____

3.- **ANULACIÓN** Data: ___/___/___

4.- **RENUNCIA** Data: ___/___/___

5.- **REINICIO DO SERVIZO** Data: ___/___/___

6.- **LUGAR DE RETIRADA DA INSTALACIÓN:** _____

_____, a ___ de _____ de 200_

O/A Traballador/a Social Nº Colexiado: _____

Asdo.: _____