

SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA S.2

SOLICITUDE

PARA CUBRI-LO USUARIO TITULAR

D/D.^a _____ con DNI _____

domiciliado en _____ rúa _____

Código Postal _____ Teléfono _____

Solicita acollerse ó Servicio de Telesistencia Domiciliaria como Titular

PARA CUBRIR SÓ NO CASO DE QUE EXISTA UN PRIMER USUARIO ADICIONAL

D/D.^a _____ con DNI _____

co mesmo domicilio có titular, solicita acollerse ó Servicio de Telesistencia Domiciliaria como:

– Usuario con pulseira

– Usuario sen pulseira

PARA CUBRIR SÓ NO CASO DE QUE EXISTA UN SEGUNDO USUARIO ADICIONAL

D/D.^a _____ con DNI _____

co mesmo domicilio có titular, solicita acollerse ó Servicio de Telesistencia Domiciliaria como:

– Usuario con pulseira

– Usuario sen pulseira

Comprométense a cumpri-las normas de funcionamento do dito servicio, (*así como a aboa-la contía que lle puidera corresponder segundo as ordenanzas municipais, a cal se aboará mediante a domiciliación bancaria que autorizan*).

_____, _____ de _____ de _____

O titular,

1º usuario adicional

2º usuario adicional

ILMO. SR. PRESIDENTE DA DEPUTACIÓN PROVINCIAL DA CORUÑA

Nota: Á presente solicitude acompañarase a documentación requirida.

DATOS PERSOAIS DO USUARIO

| Data Solicitud | Data Alta | Data Inicio | Apellidos | Nome |
|----------------|-----------|-------------|-----------|------|
| | | | | |

| Sexo | D.N.I. | Data Nacem. | Idade | Estado Civil | Estudios/Formación |
|--|--------|-------------|-------|--------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller | | | | | |

| Tipoloxía do Usuario | | | Tipo de Usuario | | |
|--------------------------------|---|---------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| MAIOR <input type="checkbox"/> | DISCAPACITADOS <input type="checkbox"/> | OUTROS <input type="checkbox"/> | TITULAR | ADIC.CON.PULSEIRA | ADIC.SEN.PULSEIRA |

| Enderezo | Teléfono | Fax | Cód. Postal |
|----------|----------|-----|-------------|
| | | | |

| Concello | Parroquia | Lugar | Barrio |
|----------|-----------|-------|--------|
| | | | |

OBSERVACIÓNS:

Datos de Convivencia

- Só
- Cónxuxe
- Familiar ancián
- Fillos
- Amigos
- Outros

COBERTURA SANITARIA PÚBLICA DO USUARIO: _____

(Nome e apelidos)

Atención Primaria

| | | | |
|----------------------|--|-----------|-----------|
| Centro de Saúde | | Teléfono: | Enderezo: |
| Servicio de Urgencia | | Teléfono: | Enderezo: |
| Número de Afiliación | | | |

Médicos que o atenden

| Especialidade | Nome | Teléfono | Horario | Enderezo |
|------------------|------|----------|---------|----------|
| Médico cabeceira | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Atención Hospitalaria

| | | | |
|------------------------|--|-----------|-----------|
| Hospital de Referencia | | Teléfono: | Enderezo: |
| Observacións | | | |

Hospitais onde foi ingresado

| Hospital | Data de Ingreso | Data Alta | Servicio no que foi ingresado | Historial |
|----------|-----------------|-----------|-------------------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

COBERTURA SANITARIA PRIVADA DO USUARIO: _____
(Nome e apelidos)

| Compañía | Número Asegurado | Data de caducidade |
|----------|------------------|--------------------|
| | | |

| Información Adicional |
|-----------------------|
| |

CONTACTOS PROPIOS DO USUARIO

| | | | | | | |
|------------|-------------------|----------|---------------|---------|---------------|------------------------|
| Prioridade | Nome | Teléfono | Tel. móvil | Chaves | Enderezo Casa | Concello |
| | Enderezo traballo | | Tel. traballo | Horario | | Parentesco ou Relación |

| | | | | | | |
|------------|-------------------|----------|---------------|---------|---------------|------------------------|
| Prioridade | Nome | Teléfono | Tel. móvil | Chaves | Enderezo Casa | Concello |
| | Enderezo traballo | | Tel. traballo | Horario | | Parentesco ou Relación |

| | | | | | | |
|------------|-------------------|----------|---------------|---------|---------------|------------------------|
| Prioridade | Nome | Teléfono | Tel. móvil | Chaves | Enderezo Casa | Concello |
| | Enderezo traballo | | Tel. traballo | Horario | | Parentesco ou Relación |

| Protocolo de Actuación (Observacións) |
|---------------------------------------|
| |

SERVICIO DE TELEASISTENCIA**U.4****DATOS DO USUARIO:** _____

(Nome e apelidos)

COBERTURA SOCIAL

| Tipo de axuda que recibe | Entidade | Teléfono | Frecuencia da axuda | Días | Horario |
|----------------------------|----------|----------|---------------------|------|---------|
| SS. SS Municipais | | | | | |
| Axuda a domicilio básica | | | | | |
| S.A.D. privada | | | | | |
| Comida a domicilio | | | | | |
| Asistencia a centro de día | | | | | |
| Transporte adaptado | | | | | |
| Outros | | | | | |

Recursos da zona

| Entidade | Teléfono | Localidade |
|-------------------|----------|------------|
| Protección Civil | | |
| Centro Saúde | | |
| Policía Municipal | | |
| Garda Civil | | |
| Bombeiros | | |
| OUTROS | | |

Observacións

Protocolos especiais de actuación (Descrición)

DATOS DO ESTADO DE SAÚDE DO USUARIO: _____

(Nome e apelidos)

| DISCAPACIDADE FUNCIONAL | DIAGNÓSTICO CLÍNICO | | | | | | CONTROL DE ESFÍNTERES |
|--|---------------------|--|----------|--|-----------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Válese <input type="checkbox"/> Necesita axuda <input type="checkbox"/> Axuda total | | | | | | | <p>Incontinencia Urinaria</p> <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <p>Incontinencia Fecal</p> <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial |
| <p>DISCAPACIDADE PSÍQUICA</p> <input type="checkbox"/> Válese <input type="checkbox"/> Necesita axuda <input type="checkbox"/> Axuda total | | | | | | | DISCAPACIDADE PSÍQUICA |
| SENTIDOS | ALERXIAS | | | | | | <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Inseguridade <input type="checkbox"/> Desorientación <input type="checkbox"/> Agresividade <input type="checkbox"/> Soidade <input type="checkbox"/> Axitación <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Outras |
| <p>OÍDO</p> <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal | TRATAMENTO | | | | | | |
| <p>VISTA</p> <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal | | | | | | | |
| <p>FALA</p> <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal | | | | | | | |
| Peso do Usuario: | | | < 80 Kg. | | De 80 a 100 Kg. | | > 100 Kg. |

Toma de datos realizada por: Colexiado.....N.º do Colexiado.....Data...../...../.....Sinatura.....

Sello

| |
|-----------------------|
| A cubrir pola Empresa |
| Nº de Terminal |
| |

SERVICIO DE TELEASISTENCIA DATOS DA VIVENDA

IDENTIFICACION DO USUARIO

| | | | | | |
|-------------------------|----------|-------------|-----------|-----------|--|
| APELIDOS | | | NOME | | |
| | | | | | |
| ENDEREZO DA INSTALACIÓN | CONCELLO | CÓD. POSTAL | PARROQUIA | TELÉFONOS | |
| | | | | | |

DATOS DA VIVENDA

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|------------------|----------|--|
| TIPO DE VIVENDA | | | SERVICIOS DA VIVENDA | | | | | |
| <input type="checkbox"/> EDIFICIO DE VECIÑOS | <input type="checkbox"/> VIVENDA UNIFAMILIAR AISLADA | <input type="checkbox"/> CALEFACCIÓN | <input type="checkbox"/> AUGA CORRENTE | <input type="checkbox"/> AUGA QUENTE | <input type="checkbox"/> MALA ILUMINACIÓN | | | |
| <input type="checkbox"/> CASA PREFABRICADA | <input type="checkbox"/> VIVENDA UNIFAMILIAR URBANA | <input type="checkbox"/> W.C. | <input type="checkbox"/> HUMIDADES | <input type="checkbox"/> GOTEIRAS | <input type="checkbox"/> MALA VENTILACIÓN | | | |
| SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DO EDIFICIO | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ASCENSOR | <input type="checkbox"/> BARREIRAS ARQUITECTONICAS | ¿ONDE? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> TRASL. EN PADIOLA | <input type="checkbox"/> BOCAS CONTRA INCENDIOS | SITUACION: | | | SAÍDAS DE EMERXENCIA: | | | |
| <input type="checkbox"/> PORTEIRO AUTOMÁTICO | <input type="checkbox"/> CONSERJE | <input type="checkbox"/> PORTEIRO | NOME: | | | TELF.: | HORARIO: | |
| SERVICIOS QUE HA DESTACAR ANTE EMERXENCIAS | | | | | | | | |
| Servicio | | Situación chave xeral | Situación chave vivenda | Compañía | | Teléf. Urxencias | | |
| <input type="checkbox"/> Gas | Tipo: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Luz | Voltaxe: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Auga | | | | | | | | |
| DISPOSITIVOS DE SEGURIDADE ALLEOS Ó SERVICIO DE TELEASISTENCIA | | | | | | | | |
| ELEMENTO | | N.º DE UNIDADES | SITUACIÓN | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ANIMAIS DE COMPAÑÍA | | | | | | | | |
| Tipo de animal: | | Nome: | Agresivo | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NON | | | |

SERVICIO DE TELEASISTENCIA
AUTORIZACIÓN DE ACCESO Á VIVENDA

V.2

D....., con D.N.I. n.º.....e
endereço en....., autoriza expresamente a:

- Que o persoal de EUXA, S.A., acceda á súa vivenda e lle instale o terminal de teleasistencia.
- Igualmente, a empresa queda expresamente autorizada polo usuario ante unha situación de alarma, valorada libremente polo persoal da empresa, a:
 - * Entrar na súa vivenda por calquera medio ó seu alcance, superando e/ou derrubando os obstáculos que impidan a entrada, co fin de presta-la asistencia necesaria.
 - * Solicitar a organismos de salvamento, seguridade pública ou sanitarios, para que acudan e entren na vivenda co mesmo fin de prestar asistencia.
 - * A gravación das conversacións que se realicen entre o usuario e o Centro de Atención.

A empresa non se fai responsable dos danos e desperfectos que poida causar na vivenda con motivo do acceso e entrada a ela ante unha situación de alarma.

Sinatura do solicitante