

DATOS DE FILIACIÓN

1) DATOS PERSONALES:

Apellidos, nombre: _____		Nacionalidad: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Localidad: _____	Provincia: _____	
N.I.F.: _____	Nº. Tarjeta sanitaria: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H	Estado civil: _____

2) DIRECCIÓN ACTUAL DEL INTERESADO:

Residencia/hospital: _____			
Dirección: _____		Localidad: _____	
Provincia: _____	C.P.: _____	Teléfono: _____	Fax: _____

3) DATOS SERVICIO QUE LO DERIVA:

Apellidos, nombre: _____			
Centro y/o servicio: _____			
Dirección: _____		Localidad: _____	
Provincia: _____	C.P.: _____	Teléfono: _____	Fax: _____
e-mail: _____			

4) OTROS DOCUMENTOS A PRESENTAR (Marcar con "X" lo que ha sido presentado)

- Fotocopia del D.N.I.
 Fotocopia de la Cartilla de la Seguridad Social.
 Fotocopia del grado de minusvalía del IASS (Si lo tiene).
 Fotocopia/s de informe/s de especialista (Si tiene).
 Informe Social actual, realizado por un Trabajador Social (Puede suplir las págs. 7 a 10 de la Instancia).

En _____, a _____ de 2000.

Fdo. _____
(Firma del solicitante o su tutor)

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

1. HISTORIA CLÍNICA

1.1. Datos del médico:

Fecha de la valoración: _____	Apellidos, nombre del evaluado: _____
Nº Tarjeta Sanitaria: _____	Apellidos, nombre del médico: _____
Nº de colegiado: _____	Centro al que pertenece: _____

1.2. Diagnósticos clínicos fundamentales:

1.3. Otros diagnósticos de interés:

1.4. Alergias conocidas:

1.5. Alergias medicamentosas:

1.6. Antecedentes familiares:

1.7. Medidas higienico-dietéticas:

--

1.8. Terapéutica farmacológica:

Fármaco	Dosis/toma	Observaciones del Tto.	Inició	Termina
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

1.9. Medidas especiales de seguimiento terapéutico:

--

Fdo. _____
(Firma del médico)

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

2. EVALUCIÓN DE LA ESPFERA FÍSICA:

2.1. Datos del médico:

Fecha de la valoración:	Apellidos, nombre del evaluado:
Nº Tarjeta Sanitaria:	Apellidos, nombre del médico:
Nº de colegiado:	Centro al que pertenece:

2.2. Limitaciones que presenta para realizar las Actividades de la Vida Diaria (A.V.Ds.):

2.3. Come...

- Solo, no precisa de ayuda.
- Con dificultad, necesita supervisión.
- No puede / no sabe, es necesario que se le dé.

2.4. Bipedestación:

- Correcta.
- Dificultosa, pero no necesita apoyos.
- Dificultosa, necesita de apoyos.
- Dificultosa, necesita muletas.
- No puede, necesita silla de ruedas.
- No puede, está encamado.

2.5. Precisa de órtesis

Tipo: _____

Fdo. _____
(Firma del médico)

3. EVALUCIÓN DE LA ESPFERA PSÍQUICA:

3.1. Datos del médico:

Fecha de la valoración:	Apellidos, nombre del evaluado:
Nº Tarjeta Sanitaria:	Apellidos, nombre del médico:
Nº de colegiado:	Centro al que pertenece:

3.2. Carácter heteroagresivo:

Leve Medio Grave

3.3. Carácter autoagresivo:

Leve Medio Grave

3.4. Incontinencia nocturna:

Leve Medio Grave

3.5. Incontinencia diurna:

Leve Medio Grave

3.6. Tendencia a la fuga:

Leve Medio Grave

3.7. Verborrea nocturna:

Leve Medio Grave

3.8. Verborrea diurna:

Leve Medio Grave

3.9. Neurosis, fobias, manías, ... (características)

--

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

3.10. Rasgos psíquicos:

3.11. Medidas a tener en cuenta:

Fdo. _____
(Firma del médico)

4. HISTORIA SOCIAL**4.1. Datos del Trabajador Social:**

Fecha de la valoración: _____	Apellidos, nombre del Trabajador Social: _____
Nº de colegiado: _____	Centro al que pertenece: _____

4.2. Datos del evaluado:

Apellidos, nombre: _____		Nacionalidad: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Localidad: _____		
Provincia: _____	N.I.F.: _____	Estado civil: _____	

4.3. Datos familiares:

Nombre del padre: _____		Edad: _____
Profesión: _____		
Fallecimiento: <input type="checkbox"/>	Fecha: _____	Causa del fallecimiento: _____
Datos de interés: _____		

Nombre de la madre: _____		Edad: _____
Profesión: _____		
Fallecimiento: <input type="checkbox"/>	Fecha: _____	Causa del fallecimiento: _____
Datos de interés: _____		

Nombre de la persona de contacto/tutor: _____			
Dirección: _____		Localidad: _____	
Provincia: _____	Teléfono: _____	Fax: _____	Relación con el solicitante: _____
Datos de interés: _____			

HERMANOS:

NOMBRE	EDAD	DATOS DE INTERÉS

Nombre de la pareja:		Edad:
Profesión:		Situación legal actual:
Fallecimiento: <input type="checkbox"/>	Fecha:	Causa del fallecimiento
Datos de interés:		

HIJ@S:

NO TIENE HIJOS

NOMBRE	EDAD	DATOS DE INTERÉS

4.4. Genograma:

4.5. Áreas de socio-económicas:

ÁREA FAMILIAR	(Relaciones con sus parientes, amigos, ...)
ÁREA ECONÓMICA	(Tipo de pensión, cuantía,...)
VIVIENDA	(Calidad de la vivienda, con quien vive, de quien es,...)
ÁREA EDUCATIVA	(Estudios cursados,..)
ÁREA LABORAL	(Situación actual, parado, jubilado, trabajando,...)
ÁREA LEGAL	(Causas pendientes, situación actual,...)
OTROS DATOS	

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

4.6. Situación actual por la que solicita el ingreso:

Fdo. _____
(Firma del trabajador social)

5. EVALUACIÓN¹

5.1. Evalúan:

Apellidos, nombre y cargo	Fecha de evaluación

5.2. Valoración área médica:

--

5.3. Valoración área económica:

--

5.4. Valoración área social:

--

5.5. Calificación final:

--

Sello

Fdo. _____
(Firma el Director)

¹ A cumplimentar por el centro

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.