

DOCUMENTACION NECESARIA PARA EL INGRESO EN EL SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

1. Solicitud cumplimentada.
2. Dos fotografías.
3. Fotocopia del DNI.
4. Fotocopia de la Cartilla de la Seguridad Social.
5. Informe médico, según modelo.
6. Fotocopia del nº de cuenta donde se quiere domiciliar los recibos.
7. Autorización domiciliación bancaria de recibos.

Los solicitantes deberán comunicar a la Dirección del Centro cualquier modificación que se produzca en su situación s sanitaria, así como los cambios de domicilio.

Se informa que los datos serán incorporados a un fichero sobre los cuales dispone de los derechos contemplados en la legislación vigente sobre PROTECCION DE DATOS PERSONALES, dirigiéndose a la siguiente dirección: ASVAI, C/ Chancillería, nº 3. 47003 – Valladolid.

**SOLICITUD DE INGRESO
SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUONOMÍA PERSONAL DE
ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

DATOS PERSONALES	DATOS DEL SOLICITANTE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE			
		SEXO	ESTADO CIVIL	DNI	Nº SEGURIDAD SOCIAL		
		FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO Y PROVINCIA			
		DOMICILIO (CALLE O PLAZA O NUMERO)				TELEFONO	
		LOCALIDAD		PROVINCIA		CODIGO POSTAL	
	DATOS DE LOS FAMILIARES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE			
		TELEFONO	DOMICILIO		PARENTESCO		
		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE			
		TELEFONO	DOMICILIO		PARENTESCO		

DÍAS QUE SOLICITA	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	TODOS <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	---------------------------------------

MOTIVO DE LA SOLICITUD (Señalar la/s opción/es que proceda/n)

- Necesidad de descanso de la familia por sobrecarga, ante situaciones de estrés o crisis generadas por la persona con alzheimer.
- Hospitalización, enfermedad, y/o urgencia médica del algún miembro de la unidad familiar.
- Necesidad de atención a otros miembros de la familia con problemas (enfermos, otras discapacidades.).
- Fallecimiento de un familiar cercano.
- Compromisos familiares.
- Realización de actividades sociales y de ocio de la familia: cenas, reuniones, viajes, etc.
- Asistencia a actividades laborales complementarias: cursos, jornadas, charlas, etc..
- Situaciones excepcionales: reforma de la vivienda, traslado del domicilio, deberes inexcusables, etc.
- Realización de gestiones burocráticas fuera de la localidad de residencia.
- Situaciones familiares conflictivas: procesos de separación y divorcio, malas relaciones, etc.
- Aislamiento social por falta de apoyos.
- Otros (especificar):.....



Fundada el 20 de marzo de 1907
Entidad sin ánimo de lucro. Declarada de Utilidad Pública

DECLARACIÓN	<p>Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos puede ser motivo suficiente para la cancelación de mi expediente o de mi expulsión de la Unidad de Respiro Familiar, en el supuesto de haber sido ya admitido.</p> <p style="text-align: center;">....., A.....de.....de 20....</p> <p style="text-align: center;">Firma:</p>
--------------------	--

INFORME MEDICO

Dada la incidencia del presente informe en la evaluación del expediente de solicitud de ingreso en la *Unidad de Respiro Familiar de la Residencia Nuestra Señora del Carmen*, se ruega la cumplimentación de todos los datos contenidos en el informe, señalando la casilla correspondiente, o rellenando el apartado “otros” con el texto que proceda, en el supuesto de que no se dé ninguna de las situaciones indicadas.

Reconocimiento efectuado por el Doctor D.....
Colegiado nº.....de.....médico de.....
.....al solicitante de ingreso en la Unidad de Respiro Familiar de la Residencia Nuestra Señora del Carmen D

ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS CRONICAS
APARATO RESPIRATORIO <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Limitación crónica del flujo aéreo<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia<input type="checkbox"/> Otros _____
APARATO CIRCULATORIO <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica<input type="checkbox"/> Hipertensión<input type="checkbox"/> Valvulopatías<input type="checkbox"/> Arritmias<input type="checkbox"/> Marcapasos<input type="checkbox"/> Arteriopatías periféricas<input type="checkbox"/> Otros _____
SISTEMA NERVIOSO <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular<input type="checkbox"/> Parkinson<input type="checkbox"/> Demencia<input type="checkbox"/> Trastorno del equilibrio<input type="checkbox"/> Depresión<input type="checkbox"/> Otros _____
APARATO GENITO URINARIO <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Incontinencia<input type="checkbox"/> Portador de sonda vesical<input type="checkbox"/> Otros _____

SISTEMA NEUROLÓGICO

-Se vale por sí mismo, en su aspecto psíquico, para el desarrollo de las actividades de la vida diaria:

- SI
- NO

-Desorientación tempo-espacial:

- Trastornos LEVES
- Trastornos IMPORTANTES O DE FORMA HABITUAL
- Desorientación TOTAL
- NINGUNA

-Alteraciones de percepción:

- LEVES
- MODERADAS
- TOTALES
- NINGUNA

-Incoherencias en la comunicación:

- LIGERAS
- FRECUENTES
- TOTALES
- NINGUNO

-Descontrol emocional:

- LIGERO
- IMPORTANTE
- TOTAL
- NINGUNA

-Trastornos de la memoria

- LEVES
- MODERADOS
- GRAVES
- NINGUNA

-Trastornos de la conducta:

- LEVES
- MODERADOS
- GRAVES
- NINGUNA

APARATO DIGESTIVO (Especificar)

ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS (Especificar)

ALTERACIONES ENDOCRINAS, METABOLISMO Y NUTRICION

- Diabetes
- Patología tiroidea
- Malnutrición
- Otros _____

<p>APARATO OSTEOMUSCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Artrosis <input type="checkbox"/> Amputaciones <input type="checkbox"/> Traumatismos <input type="checkbox"/> Otros _____
<p>PATOLOGÍA SENSORIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trastornos de visión <input type="checkbox"/> Trastornos de la audición <input type="checkbox"/> Otros _____
<p>ENFERMEDAD TERMINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Otros _____
<p>ENFERMEDAD CRONICA NO REFERENCIADA (Especificar)</p> <p>_____</p>
<p>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (Especificar)</p> <p>_____</p>
<p>ALERGIAS CONOCIDAS</p> <p>_____</p>
<p>VACUNACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neumococo <input type="checkbox"/> Antitetánica <input type="checkbox"/> Otros _____
<p>TRATAMIENTO ACTUAL (Especificar)</p> <p>_____</p>
<p>JUICIO CLINICO</p> <p>_____</p>
<p>OBSERVACIONES</p> <p>_____</p>

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma y sello: