

CONFIDENCIAL

FICHA DE USUARIO

TAD – 2



Apellidos:
Nombre:
Localidad:

10 [] [] - 01

[]

1. PERSONALES

Tipo de Usuario **TITULAR**

Nº Expte. Anterior [] - []

Fecha Cambio [] [] []

Motivo []

Tratamiento []

D.N.I. []

Nombre [] Apellidos []

Fecha de Nacimiento [] [] []

Hombre Mujer

Observaciones

(Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal)

El cumplimiento de los requisitos que se detallan a continuación es imprescindible y necesario para la prestación del Servicio TA. La aceptación voluntaria y consciente del Servicio TA, para lo cual habrán de facilitar los datos personales necesarios para una correcta prestación del Servicio así como autorizar su tratamiento, mediante firma en los apartados correspondientes del documento de solicitud de alta.

Que se dispone de al menos una persona de contacto que autoriza el tratamiento de sus datos personales, cuenta con llave-s del domicilio de las personas usuarias y tendría la posibilidad de acceso al mismo en condiciones normales en un tiempo inferior a treinta minutos desde que le sea requerido por medios telemáticos, para lo que se adjuntará a la solicitud de alta al menos una ficha de contacto con llave convenientemente rellena y firmada. Es recomendable contar con más personas de contacto para procurar que ante incidencias sea posible la localización de alguien del entorno cercano de la persona usuaria. la disponibilidad 24 horas de las llaves, estas tendrán la consideración de 'personas de contacto'.

Firma del Usuario/a

[]

A Cumplimentar por Cruz Roja

Fecha Solicitud [] [] []

Fecha Alta [] [] []

Fecha Fin Previsto [] [] []

Fecha Baja Definitiva [] [] []

Fecha Instalación [] [] []

TIPOLOGÍA

Personas Mayores

Discapacitados Físicos

Discapacitados Psíquicos

Discapacitados Sensoriales

Enfermo Crónico

Otros

2. EXPEDIENTE

Nº Expediente	10			-	01	Nº Serie Terminal	
Código Prioridad						Terminal	
Oficina C.R.E.						Modelo	
						Accesorios	
S.S.B.							
Responsable							

Observaciones

3. VIVIENDA

Calle		Número		Escalera	
Código Postal		Piso		Puerta	
Barrio					
Provincia					
Población					
Teléfono		Pedanía			

Tipo de vivienda

<input type="checkbox"/> Edificio de vecinos	<input type="checkbox"/> Unifamiliar aislada	<input type="checkbox"/> Pisos tutelados
<input type="checkbox"/> Unifamiliar	<input type="checkbox"/> Unifamiliar rural aislada	<input type="checkbox"/> Otros

Acceso de emergencia

Ubicación del acceso de emergencia

Acceso minusválidos

Ascensor

Portero:

Físico

Automático

Control de acceso

Gas

Se utiliza gas Tipo

Localización de la llave

Electricidad

Voltaje Compañía

Localización del interruptor general

Localización de la llave del agua

4. SANITARIOS

Entidad Aseguradora

Nombre <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nº Afiliación <input style="width: 90%;" type="text"/>	Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>
Nombre <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nº Afiliación <input style="width: 90%;" type="text"/>	Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>
Nombre <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nº Afiliación <input style="width: 90%;" type="text"/>	Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>

Centros Sanitarios (Ambulatorio, Centro de Salud, Hospital)

Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>	Aseguradora <input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección <input style="width: 95%;" type="text"/>	Distancia <input style="width: 15%;" type="text"/> Tfno. Consulta <input style="width: 15%;" type="text"/>
Localidad <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> Tfno. Urgencias <input style="width: 15%;" type="text"/>

Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>	Aseguradora <input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección <input style="width: 95%;" type="text"/>	Distancia <input style="width: 15%;" type="text"/> Tfno. Consulta <input style="width: 15%;" type="text"/>
Localidad <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> Tfno. Urgencias <input style="width: 15%;" type="text"/>

Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>	Aseguradora <input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección <input style="width: 95%;" type="text"/>	Distancia <input style="width: 15%;" type="text"/> Tfno. Consulta <input style="width: 15%;" type="text"/>
Localidad <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> Tfno. Urgencias <input style="width: 15%;" type="text"/>

Especialidades Médicas

Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>	Teléfonos <input style="width: 95%;" type="text"/>
Especialidad <input style="width: 95%;" type="text" value="MÉDICO DE CABECERA"/>	Centro Sanitario <input style="width: 95%;" type="text"/>
Horario <input style="width: 95%;" type="text"/>	Aseguradora <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Localización <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Urgencias <input style="width: 95%;" type="text"/>

Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>	Teléfonos <input style="width: 95%;" type="text"/>
Especialidad <input style="width: 95%;" type="text"/>	Centro Sanitario <input style="width: 95%;" type="text"/>
Horario <input style="width: 95%;" type="text"/>	Aseguradora <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Localización <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Urgencias <input style="width: 95%;" type="text"/>

Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>	Teléfonos <input style="width: 95%;" type="text"/>
Especialidad <input style="width: 95%;" type="text"/>	Centro Sanitario <input style="width: 95%;" type="text"/>
Horario <input style="width: 95%;" type="text"/>	Aseguradora <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Localización <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Urgencias <input style="width: 95%;" type="text"/>

5. CONTACTOS (1)

Nombre Relación **Tiene llaves**
 Si No

Datos personales

Domicilio N° Piso Teléfono
 Localidad Horario de localización Desde hasta Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Datos Laborales

Empresa Calle N° Piso
 Localidad Localización en el trabajo: Desde hasta
 Teléfono Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Firma

Móvil N° Teléfono
 Fin Semana N° Abonado
 autorizo el tratamiento de mis datos personales

Nombre Relación **Tiene llaves**
 Si No

Datos personales

Domicilio N° Piso Teléfono
 Localidad Horario de localización Desde hasta Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Datos Laborales

Empresa Calle N° Piso
 Localidad Localización en el trabajo: Desde hasta
 Teléfono Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Firma

Móvil N° Teléfono
 Fin Semana N° Abonado
 autorizo el tratamiento de mis datos personales

5. CONTACTOS (2)

Nombre Relación Tiene llaves
Si No

Datos personales

Domicilio N° Piso Teléfono
Localidad Horario de localización Desde hasta Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Datos Laborales

Empresa Calle N° Piso
Localidad Localización en el trabajo: Desde hasta
Teléfono Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Firma

Móvil N° Teléfono

autorizo el tratamiento de mis datos personales

Fin Semana N° Abonado

Nombre Relación Tiene llaves
Si No

Datos personales

Domicilio N° Piso Teléfono
Localidad Horario de localización Desde hasta Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Datos Laborales

Empresa Calle N° Piso
Localidad Localización en el trabajo: Desde hasta
Teléfono Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Firma

Móvil N° Teléfono

autorizo el tratamiento de mis datos personales

Fin Semana N° Abonado

5. CONTACTOS (3)

Nombre Relación **Tiene llaves**
 Si No

Datos personales

Domicilio N° Piso Teléfono
 Localidad Horario de localización Desde hasta Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Datos Laborales

Empresa Calle N° Piso
 Localidad Localización en el trabajo: Desde hasta
 Teléfono Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Firma

Móvil N° Teléfono
 Fin Semana N° Abonado
 autorizo el tratamiento de mis datos personales

Nombre Relación **Tiene llaves**
 Si No

Datos personales

Domicilio N° Piso Teléfono
 Localidad Horario de localización Desde hasta Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Datos Laborales

Empresa Calle N° Piso
 Localidad Localización en el trabajo: Desde hasta
 Teléfono Distancia al domicilio del usuario (minutos)

Otros Teléfonos

Buscapersonas

Firma

Móvil N° Teléfono
 Fin Semana N° Abonado
 autorizo el tratamiento de mis datos personales

6. CONVIVENCIAS

Nombre

Relación con el usuario

Fecha de nacimiento

Observaciones:

Beneficiario: SI NO

Nombre

Relación con el usuario

Fecha de nacimiento

Observaciones:

Beneficiario: SI NO

Nombre

Relación con el usuario

Fecha de nacimiento

Observaciones:

Beneficiario: SI NO

7. RECURSOS

TIPO	POBLACIÓN	TELÉFONO
<i>Guardia Civil</i>		
<i>Bomberos</i>		
<i>Policía Local</i>		
<i>Protección Civil</i>		
<i>Policía Nacional</i>		
<i>Otros:</i>		

8. CONTROL

Control de Movilidad

Temporización (en horas)

Agendas: Diaria Semanal Quincenal Mensual

Tarifa telefónica: Normal Reducida

Indicar si el teléfono es celular

Días

Horas

Mensaje de la agenda de seguimiento:

9. AYUDAS

Tipo de Ayuda	Entidad	Frecuencia
Ayuda a domicilio básica		
Comida condimentada a domicilio		
Asistencia a centro u hospital de día		
Transporte adaptado		
Voluntario Seguimiento. Tf:		

10. SITUACION FISICA Y PSIQUICA

Riesgos específicos:

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Actuación ante riesgos:

1	
2	
3	

Estado Físico:

Minusvalías Físicas:

Estado Psíquico:

Minusvalías Psíquicas:

Características Sensoriales:

Minusvalías Sensoriales.

MEDICACIÓN:

	HORARIO		
	TOMAS		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

11. HISTORIA CLINICA

[] [] [] - []

[]

1. PERSONALES

Bº CON COLGANTE Bº SIN COLGANTE

Nº Expte. Anterior [] - []

Nombre del titular:

Fecha Cambio [] [] []

[]

Motivo []

Tratamiento []

D.N.I. []

Nombre []

Apellidos []

Fecha de Nacimiento [] [] []

Hombre

Mujer

Observaciones (a rellenar en Cruz Roja)

[]

Fecha Solicitud [] [] []

Fecha Alta [] [] []

Fecha Fin Previsto [] [] []

Fecha Baja Definitiva [] [] []

TIPOLOGÍA

- Personas Mayores
- Discapacitados Físicos
- Discapacitados Psíquicos
- Discapacitados Sensoriales
- Enfermo Crónico
- Otros

2. SANITARIOS

Entidad Aseguradora

Nombre	<input type="text"/>	Nº Afiliación	<input type="text"/>	Titular	<input type="checkbox"/>	Beneficiario	<input type="checkbox"/>
Nombre	<input type="text"/>	Nº Afiliación	<input type="text"/>	Titular	<input type="checkbox"/>	Beneficiario	<input type="checkbox"/>
Nombre	<input type="text"/>	Nº Afiliación	<input type="text"/>	Titular	<input type="checkbox"/>	Beneficiario	<input type="checkbox"/>

Centros Sanitarios (Ambulatorio, Centro de Salud, Hospital)

Nombre	<input type="text"/>	Aseguradora	<input type="text"/>	
Dirección	<input type="text"/>	Distancia	Tfno. Consulta	<input type="text"/>
Localidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tfno. Urgencias	<input type="text"/>

Nombre	<input type="text"/>	Aseguradora	<input type="text"/>	
Dirección	<input type="text"/>	Distancia	Tfno. Consulta	<input type="text"/>
Localidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tfno. Urgencias	<input type="text"/>

Nombre	<input type="text"/>	Aseguradora	<input type="text"/>	
Dirección	<input type="text"/>	Distancia	Tfno. Consulta	<input type="text"/>
Localidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tfno. Urgencias	<input type="text"/>

Especialidades Médicas

Nombre	<input type="text"/>			Teléfonos
Especialidad	<input type="text" value="MÉDICO DE CABECERA"/>	Centro Sanitario	<input type="text"/>	Localización
Horario	<input type="text"/>	Aseguradora	<input type="text"/>	Urgencias

Nombre	<input type="text"/>			Teléfonos
Especialidad	<input type="text"/>	Centro Sanitario	<input type="text"/>	Localización
Horario	<input type="text"/>	Aseguradora	<input type="text"/>	Urgencias

Nombre	<input type="text"/>			Teléfonos
Especialidad	<input type="text"/>	Centro Sanitario	<input type="text"/>	Localización
Horario	<input type="text"/>	Aseguradora	<input type="text"/>	Urgencias