



AYUNTAMIENTO
DE
GALVEZ

SOLICITUD DE INGRESO
EN LA RESIDENCIA HUERTA NICA
DE GÁLVEZ

Registro nº _____

Fecha de entrada _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____

Fecha de Nac. _____ En _____

Prov. _____

D.N.I. nº _____ Expedido en _____

Estado Civil _____ Cartilla de la Seg. Social nº _____

Dirección _____

Telf. De Contacto _____

Personas o Familiares de Contacto:

Nombre del familiar	Teléfono

Datos de la persona que realiza la presente Solicitud: (En caso de que el Interesado/a esté incapacitado o no pueda realizar la solicitud por sí mismo):

Nombre y Apellidos: _____

Dirección _____

Teléfono de Contacto: _____

A. SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR:

1.- AYUDA QUE NECESITA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

1.1 Cobertura de las necesidades primarias. (alimentarse, vestirse, aseo personal, manejar dinero).

(Marque con una X)

Es totalmente dependiente		Necesita ayuda casi a diario		Necesita ayuda mínima	
---------------------------	--	------------------------------	--	-----------------------	--

1.2 Realización de las tareas domésticas (Preparación de comida, limpiar la casa, hacer la comprar, lavar y planchar ropa)

(Marque con una X)

Es totalmente dependiente		Necesita ayuda casi a diario		Necesita ayuda mínima	
---------------------------	--	------------------------------	--	-----------------------	--

1.3 Actividades que posibilitan la comunicación y relación social. (Utilización del transporte público, uso de teléfono, mantener conversaciones).

(Marque con una X)

Es totalmente dependiente		Necesita ayuda casi a diario		Necesita ayuda mínima	
---------------------------	--	------------------------------	--	-----------------------	--

2.- APOYO SOCIAL QUE RECIBE:

(Marque con una X)

Es insuficiente		Es suficiente		No precisa apoyo	
-----------------	--	---------------	--	------------------	--

B.- AUTONOMÍA FÍSICA Y PSÍQUICA

1.- AUTONOMÍA FÍSICA

MOVILIDAD

Extremidades Superiores:

(Marque con una X)

Leves		Importantes		Totales	
-------	--	-------------	--	---------	--

Extremidades Inferiores:

(Marque con una X)

Es insuficiente		Es suficiente		No precisa apoyo	
-----------------	--	---------------	--	------------------	--

INCONTINENCIA DE ESFINTERES

(Marque con una X)

No tiene		Ocasional		Frecuente		Total	
----------	--	-----------	--	-----------	--	-------	--

VISTA Y OIDO

(Marque con una X)

No tiene		Ocasional		Frecuente		Total	
----------	--	-----------	--	-----------	--	-------	--

2.- AUTONOMIA PSIQUICA

Trastornos o alteraciones de:

2.1 Orientación espacio-temporal

(Marque con una X)

No tiene alteraciones		Ocasional		Frecuente		Importantes	
-----------------------	--	-----------	--	-----------	--	-------------	--

2.2 Percepción

(Marque con una X)

No tiene alteraciones		Ocasional		Frecuente		Importantes	
-----------------------	--	-----------	--	-----------	--	-------------	--

2.3 Comunicación

(Marque con una X)

No tiene alteraciones		Ocasional		Frecuente		Importantes	
-----------------------	--	-----------	--	-----------	--	-------------	--

2.4 Control emocional

(Marque con una X)

No tiene alteraciones		Ocasional		Frecuente		Importantes	
-----------------------	--	-----------	--	-----------	--	-------------	--

2.5 Memoria

(Marque con una X)

No tiene alteraciones		Ocasional		Frecuente		Importantes	
-----------------------	--	-----------	--	-----------	--	-------------	--

2.6 Conducta

(Marque con una X)

No tiene alteraciones		Ocasional		Frecuente		Importantes	
-----------------------	--	-----------	--	-----------	--	-------------	--

C.- HABITOS

Fumador _____ Cantidad _____

¿Toma habitualmente alcohol? _____ ¿Cuánto? _____

Realiza actividades físicas habitualmente _____

¿Cuáles? _____

¿Acostumbra a dormir la siesta? _____

¿En qué le gustaría emplear el tiempo libre? _____

Lectura _____ Televisión _____ Radio _____

¿Utiliza algún tipo de prótesis? (Gafas, Audífonos, etc.) _____

D. ALIMENTACIÓN

¿Tiene alguna dieta especial? _____ ¿Cuál? _____

¿Se alimenta sólo? _____ ¿Necesita ayuda? _____

¿Qué alimentos no puede o no quiere ingerir? _____

¿Problemas digestivos? _____ ¿Cuáles? _____

Peso aproximado _____ Talla _____ Hidratación _____

Observaciones _____

- A la presente Solicitud de Ingreso adjuntará la siguiente documentación:

- Fotocopia del D.N.I.
- Fotocopia de la Cartilla de la Seguridad Social.
- Informes Médicos
- Certificado de no padecer Enfermedades Infecto-Contagiosas.
- Póliza de Defunción.

En Gálvez a.....de.....de 20....

Fdo:.....