



Fecha Solicitud: _____

Fecha alta: _____

Fecha baja: _____

SOLICITUD DE SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO

• **SOLICITANTE:**

.Nombre y apellidos _____

.Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____

.Dirección _____ Localidad _____

. Teléfono _____ D.N.I. nº _____

• **PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL SOLICITANTE:**

Nombre y apellidos	Parentesco	F. Nacimiento	Actividad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

• **HIJOS DEL SOLICITANTE NO CONVIVIENTES:**

Nombre y apellidos	Localidad	Teléfono	Actividad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

• **INGRESOS ECONOMICOS MENSUALES:** (adjuntar certificados)

Solicitante : _____

Convivientes del solicitante : _____

- **PROPIEDAD RUSTICA:** (de la actualidad a los 5 años anteriores)

Solicitante : _____

Convivientes del solicitante : _____

- **PROPIEDAD 2ª VIVIENDA Y DE OTRAS PROPIEDADES URBANAS:** (de la actualidad a los 5 años anteriores)

Solicitante : _____

Convivientes del solicitante : _____

- **CUENTAS BANCARIAS:** (libreta ordinaria y/o plazo fijo)

Solicitante : _____

Convivientes del solicitante : _____

Yo _____ **DECLARO BAJO JURAMENTO:**
 Que todos los datos expuestos en los apartados anteriores son ciertos, y por ello
 firmo esta solicitud en _____ a
 _____ de _____ del dos mil _____.

(Firma del solicitante)

- **VALORACION DE LA TRABAJADORA SOCIAL:**
 (A cumplimentar por la Trabajadora Social)

. Tasa:.....
 . T. Familiar:.....
 . Horas/semana:.....
 . Nº usuarios:.....
 . Gº usuario I:.....
 . Gº usuario II (si hubiera).....
 . Observaciones:.....



Avda. de la Estación. 2
Teléfono 948 71 38 42
31340 MARCILLA

Nombre y Apellidos		Fecha de aplicación
Valoración	Nº de Puntos	

ESCALA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS AVD EN EL DOMICILIO

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
A. DESPLAZAMIENTO				
1. LEVANTARSE	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con dificultad	<input type="checkbox"/> Con ayuda	<input type="checkbox"/> No se levanta
2. DEAMBULAR	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con dificultad	<input type="checkbox"/> Con ayuda	<input type="checkbox"/> No deambula (silla de ruedas)
3. SALIR DE CASA	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con dificultad	<input type="checkbox"/> Con ayuda	<input type="checkbox"/> No sale (no sube ni baja escaleras)
B. CAPACIDAD SENSORIAL				
1. VISIÓN	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Nula
2. AUDICIÓN	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Nula
3. EQUILIBRIO	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Inestable	<input type="checkbox"/> Inestable (con mareos o vértigos)	<input type="checkbox"/> Nula
C. ELIMINACIÓN				
1. CONTROL DE ESFÍNTERES	<input type="checkbox"/> Controla	<input type="checkbox"/> Controla esporádicamente	<input type="checkbox"/> No control. urinario o fecal	<input type="checkbox"/> No control urinario y fecal
D. CAPACIDAD PSÍQUICA				
1. ORIENTACION TEMPORO ESPACIAL	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Desorientación (se pierde y confunde a veces)	<input type="checkbox"/> Desorientación frecuente	<input type="checkbox"/> Desorientación total
2. MEMORIA	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retiene hechos recientes con dificultad	<input type="checkbox"/> Retiene sólo hechos antiguos	<input type="checkbox"/> No retiene ningún hecho
3. SUEÑO	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Duermes regular	<input type="checkbox"/> Duermes con medicación	<input type="checkbox"/> Con medicación y no duerme
4. CONDUCTA	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Trastornos leves	<input type="checkbox"/> Trastornos severos	<input type="checkbox"/> Descontrol total de sus actos
5. LENGUAJE	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Difícil de comprender	<input type="checkbox"/> Incomprensible	<input type="checkbox"/> Ausente
6. CAPACIDAD DE RELACIÓN	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Con alguna dificultad	<input type="checkbox"/> Con gran dificultad	<input type="checkbox"/> No se relaciona
E. CUIDADOS PERSONALES				
1. ASEO DIARIO	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con dificultad	<input type="checkbox"/> Con ayuda	<input type="checkbox"/> Aseo general encamado
2. BAÑO	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con ayuda	<input type="checkbox"/> Con ayuda total	<input type="checkbox"/> Imposibilidad total
3. VESTIRSE	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con dificultad	<input type="checkbox"/> Con ayuda	<input type="checkbox"/> Incapaz
4. COMER	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con dificultad	<input type="checkbox"/> Con ayuda	<input type="checkbox"/> Con ayuda total
F. TAREAS DOMÉSTICAS				
1. LIMPIEZA DE DOMICILIO	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con dificultad	<input type="checkbox"/> Con ayuda (mantenimiento)	<input type="checkbox"/> No puede
2. PREPARACIÓN DE COMIDAS	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con limitaciones	<input type="checkbox"/> No puede preparar	<input type="checkbox"/> No puede ni calentarla
3. COMPRA	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con ayuda ocasional	<input type="checkbox"/> Con ayuda permanente	<input type="checkbox"/> No puede
4. LAVADO Y CUIDADO DE ROPA	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Con dificultad	<input type="checkbox"/> Con ayuda	<input type="checkbox"/> No puede

GRADO

0
1
2
3

Capacidad buena.
Incapacidad ligera
Incapacidad severa
Incapacidad total

PUNTUACIÓN

0 - 10
11 - 21
22 - 42
Más de 43

Firma D.U.E.