

ANEXO 7. FICHA DE USUARIO-A DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Nº Expediente:

DATOS DEL USUARIO-A BENEFICIARIO

Tipo de usuario-a:

Nombre: Apellidos: Apodo:

Fecha de nacimiento: NIF: Nº SS:

CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO-A BENEFICIARIO

Sexo

Dependencia

Convivencia

Discapacidad

Nivel de Comunicación

Problemas severos

Movilidad

Salud (a rellenar por la entidad prestataria)

Estado de usuario-a (a rellenar por la entidad prestataria)

Medicación (a rellenar por la entidad prestataria)

Ayuda a domicilio

Frecuencia

Observaciones (a rellenar por entidad prestataria)

ANEXO 7. FICHA DE USUARIO-A DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Nº Expediente:

CONTACTOS DEL USUARIO-A

Tipo de contacto: Nombre:

Telefonos: Número de póliza:

Tipo de contacto: Nombre:

Telefonos: Localidad:

Tipo de contacto: Nombre:

Telefonos: Localidad:

Tipo de contacto: Nombre:

Telefonos: Localidad:

MÓDULO DE USUARIOS (a rellenar en la entidad prestataria)

Tipo de servicio: Tipo de usuario: Tipología:

Fecha de solicitud: Fecha de alta: Fecha de baja:

Firma: _____
(Beneficiario del servicio de Teleasistencia)