

EXPEDIENTE N°: _____

DATOS PERSONALES:

APELLIDOS:	NOMBRE:	SEXO: VARON MUJER
DNI:	F. NACIMIENTO:	ESTUDIOS/FORMACION:
DOMICILIO:	C. POSTAL:	TELEFONO:
ESTADO CIVIL:	TIPO DE USUARIO:	SECTOR:

DATOS DE CONVIVENCIA:

VIVE SOLO: _____ NO VIVE SOLO: _____

PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE EN EL DOMICILIO

NOMBRE Y APELLIDOS	F. NACIMIENTO	RELACION	DNI	OBSERVACIONES
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PERSONAS CON LAS QUE NO CONVIVE PERO MANTIENE RELACION:

NOMBRE Y APELLIDOS:	RELACION:	DOMICILIO:	TFNO.	LLAVE
_____	_____	CASA: _____	_____	_____
_____	_____	TRABAJO: _____	_____	_____
_____	_____	CASA: _____	_____	_____
_____	_____	TRABAJO: _____	_____	_____
_____	_____	CASA: _____	_____	_____
_____	_____	TRABAJO: _____	_____	_____
_____	_____	CASA: _____	_____	_____
_____	_____	TRABAJO: _____	_____	_____

SERVICIOS DE TELEASISTENCIA:

LLAVES

SI

NO

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:

SERVICIO:_____	ENTIDAD:_____
DIRECCION:_____	TFNO_____ HORARIO:_____
SERVICIO:_____	ENTIDAD:_____
DIRECCION:_____	TFNO_____ HORARIO:_____
SERVICIO:_____	ENTIDAD:_____
DIRECCION:_____	TFNO_____ HORARIO:_____
SERVICIO:_____	ENTIDAD:_____
DIRECCION:_____	TFNO_____ HORARIO:_____

ASISTENCIA SANITARIA:

SEGURIDAD SOCIAL	Titular	Beneficiario..... (Sólo los datos diferentes)	Beneficiario.....
Nº AFILIACIÓN			
MEDICO DE FAMILIA			
DIRECCIÓN			
TELEFONO			
HORARIO			
CENTRO HOSPITALARIO			

ASISTENCIA PRIVADA	Titular	Beneficiario.....	Beneficiario.....
Nº IDENTIFICACIÓN			
MEDICO DE FAMILIA			
DIRECCIÓN			
TELEFONO			
HORARIO			
CENTRO HOSPITALARIO			
MUY IMPORTANTE ANOTAR OTROS TELEFONOS Y HORARIOS DE INTERES (Urgencias a domicilio, urgencias en festivos, atención 24h., información...)			

Si coexisten asistencia pública y privada, en caso de emergencia se deberá pasar el aviso a:

- Asistencia particular (Nota.....)
- Seguridad Social (Nota.....)

ESTADO DE SALUD:

(Distinguir Titular y Beneficiarios, anotando si padecen o no problemas de salud, toman tratamiento o si existe algún dato significativo para el servicio):

ENFERMEDADES MÁS IMPORTANTES:
TRATAMIENTO:
Adjunta informe médico: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

OBSERVACIONES DE INTERES (Agendas, localización de la calle...):