

TAD 2  
**TELEASISTENCIA BÁSICA/AVANZADA**

**INFORME DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL**

Nombre y Apellidos

Teléfono  C. Electrónico

**LOCALIDADES DONDE PRESTA SERVICIO Y OBSERVACIONES**

**PERFIL DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SERVICIO**

- 1.- Personas mayores de 65 años, en situación de riesgo y/o vulnerabilidad, que vivan solas, o en compañía de otras personas de similares características y que deseen seguir viviendo en su domicilio (promoción de la autonomía personal)
- 2.- Personas con discapacidad reconocida y/o que se encuentren en riesgo y/ o especial vulnerabilidad
- 3.- Personas que se encuentran en otras situaciones de riesgo detectadas por los servicios sociales
- 4.- Personas que presenten alteraciones cognitivas moderadas
- 5.- Personas con visibilidad reducida o nula  6.- Personas con audición reducida o nula
- 7.- Personas con riesgo alto o medio de caídas
- 8.- Personas con problemas de salud, enfermos crónicos que pueden requerir una rápida asistencia y localización (cardiopatías, diabetes...)

**TERMINALES/DISPOSITIVOS QUE SOLICITA**

**1.- Terminales de Teleasistencia GSM.** Independiente de cualquier línea externa, cuentan con Modem Propio y tarjeta SIM, así mismo pueden trabajar en modo GSM o 3G en Modo IP

**2.- Dispositivos Periféricos:** **a.-** Detector de Movilidad Pasividad  **b.-** Detector de Gas   
**c.-** Detector de Humos  **d.-** Detector de Caídas

**3.- Aplicativos para teléfonos móviles** (Teleasistencia móvil)

**\*Remitirán informe social y sanitario de la necesidad de dichos dispositivos**

### FICHA DE LA PERSONA USUARIA

#### 1.- DATOS PERSONALES

1º Apellido  2º Apellido  Nombre   
Sexo H/M  Estado Civil  D.N.I.   
Fecha Nacimiento  Teléfono

#### 2.- DATOS DE CONVIVENCIA :

SOLO/A  ACOMPAÑADO/A

##### 2.1 CONVIVIENTES EN EL DOMICILIO:

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NTO.	PARENTESCO O RELACIÓN	OBSERVACIONES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

##### 2.2 PERSONAS NO CONVIVIENTES PERO CON LAS QUE SE RELACIONA:

NOMBRE Y APELLIDOS	RELACIÓN	DOMICILIO	TELÉFONO	LLAVES SI/NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

##### 2.3 TABLA DE RIESGO SOCIAL

Riesgo Caídas SI  NO

Convivencia Solo/a  Acompañado/a

Movilidad Activa  Pasiva  Sale a la calle SI  NO

Precisa ayuda de Terceros SI  NO

#### 3.- ASISTENCIA SANITARIA :

SEGURIDAD SOCIAL N.º <input type="text"/>	ASISTENCIA PRIVADA <input type="text"/>	OTRAS <input type="text"/>
CENTRO SANITARIO <input type="text"/>	DIRECCIÓN Y TELÉFONO <input type="text"/>	HORARIOS <input type="text"/>

**4.- AYUDAS SOCIALES**

**AYUDA A DOMICILIO** SI  NO  ENTIDAD:

DIRECCIÓN  TELÉFONO

**CLUB/HOGAR** SI  NO  DIRECCIÓN

POBLACIÓN  TELÉFONO

**CENTRO DE DÍA** SI  NO  DIRECCIÓN

POBLACIÓN  TELÉFONO

**TRANSPORTE ADAPTADO** SI  NO

**OTRAS**

**5.- VIVIENDA Y EQUIPAMIENTO**

TIPO DE VIVIENDA: EDIFICIO DE VECINOS  UNIFAMILIAR URBANA  UNIFAMILIAR AISLADA  OTROS

EQUIPAMIENTO: AGUA CORRIENTE  AGUA CALIENTE  CALEFACCIÓN  BAÑO

COCINA  ASCENSOR  OTROS

OTROS ACCESOS A LA VIVIENDA

LOCALIZACIÓN LLAVES DE PASO AGUA, GAS Y PANEL ELÉCTRICO

AGUA  GAS

PANEL ELÉCTRICO  VOLTAJE  COMPAÑÍA

OTROS

**6.- RECURSOS :**

CENTROS	LOCALIDAD	TELÉFONOS	DISTANCIA KM.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**7.- ESTADO DE SALUD:**

ENFERMEDADES

**DISCAPACIDADES** (MARCAR CON X LO QUE PROCEDA)

FÍSICA  SE VALE  NECESITA AYUDA  AYUDA TOTAL

PSÍQUICA  SE VALE  NECESITA AYUDA  AYUDA TOTAL

SENSORIAL OÍDO	BUENO	<input type="checkbox"/>	MALO	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>
VISTA	BUENA	<input type="checkbox"/>	MALA	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>
COMUNICACIÓN	BUENA	<input type="checkbox"/>	MALA	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>

En  a  de  de 20

**Fdo.: El/La Trabajador/a Social**

ILMA. SRA. PRESIDENTA DE LA DIPUTACIÓN DE BADAJOZ

<b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS</b> - (REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.)	
Responsable	EMPRESA ADJUDICATARIA DEL SERVICIO
Finalidad	Gestión de usuarios en servicios sociales
Legitimación	Ejecución de un contrato, Interés legítimo, Consentimiento del interesado
Destinatarios	Se cederán datos a terceros por obligación legal o consentimiento previo.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Anexo a contrato de servicio