

TAD 2
TELEASISTENCIA BÁSICA/AVANZADA
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 diversidad funcional 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...)

EQUIPAMIENTOS Y RECURSOS MATERIALES

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.- Geolocalizadores (Smartach) con terminal dedicado

4.- Aplicativos para teléfonos móviles (Teleasistencia móvil)

5.- Adaptaciones del sistema útiles para personas con diversidad funcional

* APP "hablalo" Traductor de voz a texto. Traductor de textos a voz y pictogramas con voz

* S-Visual *Videoatención *Smartcon V2

6.- Dispositivos integrados para telemonitorización

**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 (MARCAR CON UNA X)

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 (CONTACTOS)

NOMBRE Y APELLIDOS	RELACIÓN	DOMICILIO/ LOCALIDAD	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 ASISTENCIA PRIVADA OTRAS
CENTRO SANITARIO DIRECCIÓN Y TELÉFONO HORARIOS

**DELEGACIÓN DE
BIENESTAR SOCIAL**

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: 1 EDIFICIO DE VECINOS 2 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"/>

7.- ESTADO DE SALUD:

ENFERMEDADES

DIVERSIDADES FUNCIONALES (MARCAR CON X LO QUE PROCEDA)

FÍSICA SE VALE NECESITA AYUDA AYUDA TOTAL

PSÍQUICA SE VALE NECESITA AYUDA AYUDA TOTAL

SENSORIAL OÍDO BUENO MALO REGULAR

VISTA BUENA MALA REGULAR

COMUNICACIÓN BUENA MALA REGULAR

En a de de 20

Trabajador / Trabajadora Social

Fdo.-