

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.-