



SOLICITUD DE INGRESO A LA ESTANCIA GERIÁTRICA SANTA LUCIA.

1 DATOS PERSONALES:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
SEXO: _____	ESTADO CIVIL: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____	ENTIDAD FEDERATIVA: _____	
DOMICILIO: _____		
TELEFONO: _____	MUNICIPIO: _____	CODIGO POSTAL: _____

2 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, O PERSONA DE CONTACTO:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____		
TELEFONO: _____	CODIGO POSTAL: _____	LOCALIDAD: _____

SITUACION SOCIO-FAMILIAR:

AYUDA QUE NECESITA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.

Cobertura de las necesidades primarias (alimentarse, vestirse, aseo personal, medicarse y manejar dinero)

- a) Es totalmente dependiente.
- b) Necesita ayuda casi a diario.
- c) Necesita una ayuda mínima.

Realización de tareas domésticas de la vida diaria que no pueden ser cubiertas debido a las limitaciones psíquicas o funcionales (Preparación de la comida, limpiar la casa, hacer la compra, lavar y planchar la ropa)

- a) Es totalmente dependiente.
- b) Necesita ayuda casi a diario.
- c) Necesita una ayuda mínima.

Actividades que posibiliten la comunicación y la relación social (utilización del transporte, uso del teléfono, mantener conversaciones, etc.)

- a) Es totalmente dependiente.
- b) Necesita ayuda casi a diario.
- c) Necesita una ayuda mínima.

Soporte Social Que Recibe

- a) Ninguno (desamparo, carencia de familiares, abandono familiar).
- b) Escaso apoyo para permanecer en su medio, apenas cubre las necesidades de la persona mayor (la familia no puede atenderle por razones de salud, trabajo, o por otras circunstancias).
- c) Apoyo insuficiente y externo al ámbito familiar.

Situación De La Familia Que Apoya A La Persona Mayor

- a) Conflicto familiar grave.
- b) Relaciones familiares deterioradas.
- c) Cargas familiares graves (enfermos y discapacitados).
- d) Se ve obligado a rotar por diversos domicilios.

Situación De La Vivienda

- a) Sin vivienda (albergue, pensión, hospital, etc.).
- b) Vivienda con barreras arquitectónicas insalvables.
- c) Vivienda con escasas condiciones de habitabilidad, desahucio o hacinamiento.

INFORME MÉDICO:

EMITIDO:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
------------------------	-------------------------	---------------

CERTIFICADO POR: _____ **CEDULA PROFESIONAL:** _____

Su revisión médica es cada _____ Laboratoriales de control: _____

Ultima inmunización: _____ Vacuna COVID-19: _____

¿Padece enfermedad infecciosa-contagiosa? _____

¿Presenta trastornos mentales graves que puedan alterar la normal convivencia en el Centro? _____

DIAGNÓSTICOS

- 1. _____.
- 2. _____.
- 3. _____.
- 4. _____.
- 5. _____.

A) DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS ATENCIONES QUE PRECISA:

MOVILIDAD

CAMINA CON NORMALIDAD.
CAMINA CON DIFICULTAD O CON AYUDA DE BASTÓN.
CAMINA CON AYUDA DE MULETAS, ANDADOR, ETC.
CONFINADO EN SILLA DE RUEDAS O ENCAMADO.

ASEO

SE ASEA SIN AYUDA.
SE ASEA SOLO PERO INCORRECTAMENTE.
PRECISA AYUDA PARA ASEARSE.
INCAPAZ DE ASEARSE SIN AYUDA.

ALIMENTACIÓN

SE ALIMENTA CORRECTAMENTE Y SIN AYUDA.
SE ALIMENTA CON AYUDA MÍNIMA.
PRECISA AYUDA CON FRECUENCIA.
ES INCAPAZ DE ALIMENTARSE, PRECISANDO AYUDA SIEMPRE

VESTIMENTA

SE VISTE SIN AYUDA Y CORRECTAMENTE.
SE VISTE SOLO PERO INCORRECTAMENTE.
PRECISA ALGUNA AYUDA PARA VESTIRSE.
INCAPAZ DE VESTIRSE SIN AYUDA.

CONTINENCIAS DE ESFÍNTERES

CONTINENCIA COMPLETA.
INCONTINENCIA OCASIONAL.
INCONTINENCIA FRECUENTE.
INCONTINENCIA COMPLETA.

B) POR LAS LIMITACIONES QUE PADECE:

LIMITACIÓN VISUAL

NINGUNA O LEVE.
MODERADA.
IMPORTANTE.
TOTAL.

ESTADO EMOCIONAL

NORMAL.
INESTABLE.
ALTERADO.
DEPRESIVO.

LIMITACIÓN AUDITIVA

NINGUNA.
LEVE.
MODERADA.
IMPORTANTE.

TRASTORNOS EN LA CONDUCTA

NINGUNO.
LIGEROS.
MODERADOS.
IMPORTANTES.

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y EN EL ESPACIO

COMPLETAMENTE ORIENTADO.
DESORIENTADO OCASIONAL.
DESORIENTADO FRECUENTE.
COMPLETAMENTE DESORIENTADO.

TRASTORNOS EN LA MEMORIA

NINGUNO.
LIGEROS.
MODERADOS.
IMPORTANTES.

INCOHERENCIAS EN LA COMUNICACIÓN

NINGUNA O LEVE.
MODERADA.
IMPORTANTE.
TOTAL.

OTRAS DIFICULTADES NO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE:

1. _
2. _
3. _
4. _
5. _

Padece trastorno de conducta o comportamiento agresivo que pueda alterar la normal convivencia de la residencia.

No tiene hijos. _____

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y HORARIOS

1. _

2. _

3. _

4. _

5. _

6. _

7. _

8. _

9. _

10.

En _____ a los _____ de _____ de 20__

NOMBRE FIRMA