



**Casa Familiar  
San Lorenzo**

## DATOS DE FILIACIÓN

### 1) DATOS PERSONALES:

Apellidos, nombre:		Nacionalidad:	
Fecha de nacimiento:	Localidad:	Provincia:	
N.I.F.:	Nº. Tarjeta sanitaria:	Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H	Estado civil:

### 2) DIRECCIÓN ACTUAL DEL INTERESADO:

Residencia/hospital:			
Dirección:		Localidad:	
Provincia:	C.P.:	Teléfono:	Fax:

### 3) DATOS SERVICIO QUE LO DERIVA:

Apellidos, nombre:			
Centro y/o servicio:			
Dirección:		Localidad:	
Provincia:	C.P.:	Teléfono:	Fax:
e-mail:			

### 4) OTROS DOCUMENTOS A PRESENTAR (Marcar con "X" lo que ha sido presentado)

- Fotocopia del D.N.I.  
 Fotocopia de la Cartilla de la Seguridad Social.  
 Fotocopia del grado de minusvalía del IASS (Si lo tiene).  
 Fotocopia/s de informe/s de especialista (Si tiene).  
 Informe Social actual, realizado por un Trabajador Social (Puede suplir las págs. 7 a 10 de la Instancia).

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de 2000.

Fdo. \_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante o su tutor)

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

## 1. HISTORIA CLÍNICA

### 1.1. Datos del médico:

Fecha de la valoración:	Apellidos, nombre del evaluado:
Nº Tarjeta Sanitaria:	Apellidos, nombre del médico:
Nº de colegiado:	Centro al que pertenece:

### 1.2. Diagnósticos clínicos fundamentales:

--

### 1.3. Otros diagnósticos de interés:

--

### 1.4. Alergias conocidas:

--

### 1.5. Alergias medicamentosas:

--

### 1.6. Antecedentes familiares:

--

**1.7. Medidas higienico-dietéticas:**

--

**1.8. Terapéutica farmacológica:**

Fármaco	Dosis/toma	Observaciones del Tto.	Inició	Termina

**1.9. Medidas especiales de seguimiento terapéutico:**

--

Fdo. \_\_\_\_\_  
(Firma del médico)

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

## 2. EVALUACIÓN DE LA ESFERA FÍSICA:

### 2.1. Datos del médico:

Fecha de la valoración:	Apellidos, nombre del evaluado:
Nº Tarjeta Sanitaria:	Apellidos, nombre del médico:
Nº de colegiado:	Centro al que pertenece:

### 2.2. Limitaciones que presenta para realizar las Actividades de la Vida Diaria (A.V.Ds.):

--

### 2.3. Come...

- Solo, no precisa de ayuda.  
 Con dificultad, necesita supervisión.  
 No puede / no sabe, es necesario que se le dé.

### 2.4. Bipedestación:

- Correcta.  
 Dificultosa, pero no necesita apoyos.  
 Dificultosa, necesita de apoyos.  
 Dificultosa, necesita muletas.  
 No puede, necesita silla de ruedas.  
 No puede, está encamado.

### 2.5. Precisa de órtesis

<b>Tipo:</b>
--------------

Fdo. \_\_\_\_\_  
(Firma del médico)

**3. EVALUACIÓN DE LA ESFERA PSÍQUICA:****3.1. Datos del médico:**

Fecha de la valoración:	Apellidos, nombre del evaluado:
Nº Tarjeta Sanitaria:	Apellidos, nombre del médico:
Nº de colegiado:	Centro al que pertenece:

**3.2. Carácter heteroagresivo:**

Leve     Medio     Grave

**3.3. Carácter autoagresivo:**

Leve     Medio     Grave

**3.4. Incontinencia nocturna:**

Leve     Medio     Grave

**3.5. Incontinencia diurna:**

Leve     Medio     Grave

**3.6. Tendencia a la fuga:**

Leve     Medio     Grave

**3.7. Verborrea nocturna:**

Leve     Medio     Grave

**3.8. Verborrea diurna:**

Leve     Medio     Grave

**3.9. Neurosis, fobias, manías, ... (características)**

--

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

### 3.10. Rasgos psíquicos:

### 3.11. Medidas a tener en cuenta:

Fdo. \_\_\_\_\_  
(Firma del médico)

**4. HISTORIA SOCIAL****4.1. Datos del Trabajador Social:**

Fecha de la valoración:	Apellidos, nombre del Trabajador Social:
Nº de colegiado:	Centro al que pertenece:

**4.2. Datos del evaluado:**

Apellidos, nombre:		Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento:	Localidad:		
Provincia:	N.I.F.:	Estado civil:	

**4.3. Datos familiares:**

Nombre del padre:		Edad:
Profesión:		
Fallecimiento: <input type="checkbox"/>	Fecha:	Causa del fallecimiento
Datos de interés:		

Nombre de la madre:		Edad:
Profesión:		
Fallecimiento: <input type="checkbox"/>	Fecha:	Causa del fallecimiento
Datos de interés:		

Nombre de la persona de contacto/tutor:			
Dirección:		Localidad:	
Provincia	Teléfono:	Fax:	Relación con el solicitante:
Datos de interés:			

**HERMANOS:**

NOMBRE	EDAD	DATOS DE INTERÉS

Nombre de la pareja:		Edad:
Profesión:		Situación legal actual:
Fallecimiento: <input type="checkbox"/>	Fecha:	Causa del fallecimiento
Datos de interés:		

**HIJ@S:** **NO TIENE HIJOS**

NOMBRE	EDAD	DATOS DE INTERÉS

**4.4. Genograma:**

**4.5. Áreas de socio-económicas:**

<b>ÁREA FAMILIAR</b>	(Relaciones con sus parientes, amigos, ...)
<b>ÁREA ECONÓMICA</b>	(Tipo de pensión, cuantía,...)
<b>VIVIENDA</b>	(Calidad de la vivienda, con quien vive, de quien es,...)
<b>ÁREA EDUCATIVA</b>	(Estudios cursados,..)
<b>ÁREA LABORAL</b>	(Situación actual, parado, jubilado, trabajando,...)
<b>ÁREA LEGAL</b>	(Causas pendientes, situación actual,...)
<b>OTROS DATOS</b>	

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.

#### 4.6. Situación actual por la que solicita el ingreso:

Fdo. \_\_\_\_\_  
(Firma del trabajador social)

## 5. EVALUACIÓN<sup>1</sup>

### 5.1. Evalúan:

Apellidos, nombre y cargo	Fecha de evaluación

### 5.2. Valoración área médica:

### 5.3. Valoración área económica:

### 5.4. Valoración área social:

### 5.5. Calificación final:

Sello

Fdo. \_\_\_\_\_  
(Firma el Director)

<sup>1</sup> A cumplimentar por el centro

NOTA: Debe ser rellenado a máquina o con mayúsculas, gracias.