

## FICHA TELEASISTENCIA AYUNTAMIENTO DE SIERO

Señalar con x. TAD Municipal:  o TAD por Dependencia:  Grado: I  II  III   
(Adjuntar resolución de Dependencia)

### Identificación de la persona titular

Nº SIUSS:

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>Expediente TAD: 33066</b>                                   |   | D.N.I. <input style="width: 150px;" type="text"/>                  |  |
| Fecha de nacimiento <input style="width: 150px;" type="text"/> | Nombre y Apellidos <input style="width: 500px;" type="text"/> |  |  |
| Dirección <input style="width: 300px;" type="text"/>           | Código Postal <input style="width: 80px;" type="text"/>       | Población <input style="width: 100px;" type="text"/>               | Teléfono Fijo <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| Teléfono Móvil <input style="width: 180px;" type="text"/>      | Email <input style="width: 450px;" type="text"/>              |  |  |
| Mujer <input type="checkbox"/>                                 | Hombre <input type="checkbox"/>                               | Vive sólo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Estado Civil <input style="width: 150px;" type="text"/>  |

### Conviviente Principal (1)

(1) En el caso de que la persona que convive presente situación o riesgo parecida a la de la persona titular, se considerará usuaria del servicio. Otras convivencias en diferente situación, se considerarán como personas de contacto en cualquier caso.

| Nombre y apellidos | NIF/Pasaporte/ | Fecha Nacimiento | Relación con titular | Beneficiario/a Señalar con o sin UCR | Firma Conviviente |
|--------------------|----------------|------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------|
|                    |                |                  |                      |                                      |                   |
|                    |                |                  |                      |                                      |                   |

### CONTACTOS PARA EMERGENCIAS (2)

(2) Imprescindible un contacto con llave a menos de 30 minutos de distancia del domicilio de la persona usuaria. Está obligado a informar a los terceros cuyos datos personales haya proporcionado como personas de contacto y/o referencia que ha proporcionado sus datos al Ayuntamiento de Siero y a Cruz Roja para el servicio de Teleasistencia, así como a recabar, en su caso y bajo su responsabilidad, los consentimientos oportunos.

| Nombre y apellidos (Relación con Titular servicio) | Teléfono Móvil | Teléfono casa | Dirección/Localidad /Correo electrónico | Con llave | Sin llave |
|--|----------------|---------------|---|-----------|-----------|
|  |                |               |   |           |           |
|  |                |               |   |           |           |
|  |                |               |   |           |           |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Otros recursos sociales:</b><br/>S.A.D. horario</p> <p>Municipal: <input type="checkbox"/> Privado: <input type="checkbox"/></p> | <p><b>Centro de Día y horario</b></p> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> |
| <p><b>Observaciones</b></p> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>  |   |

Centro Servicios Sociales. UTS

TF.:

|                             |                              |                      |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------|
| <b>Asistencia Sanitaria</b> | <b>Núm. Seguridad Social</b> | <b>Nº Historia</b>   |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>         | <input type="text"/> |
| <b>Centro Salud</b>         | <b>Dirección</b>             |                      |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>         |                      |
| <b>Teléfono</b>             | <b>Teléfono de urgencias</b> |                      |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>         |                      |
| <b>Médico de Familia</b>    | <b>Hospital referencia</b>   |                      |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/>         |                      |

**Validez global:** (Marcar con una X la que proceda):  
 Ninguna ayuda, se desplaza y mueve sin dificultad aunque sea con bastón.  
 Precisa ayuda mecánica, se mueve con dificultad (silla ruedas, Andador...).  
 Precisa Ayuda Humana (Gran dependencia)

**Valoración Psíquica:** Depresión  Trastorno conducta.  Otros

**Aspectos de interés:** enfermedades, alergias, riesgos que padece, hábitos diarios, hobbies, red de apoyo:

**Medicación**

**Grado de limitación en la actividad**

**Grado de discapacidad**

**Tipología de la persona Titular**

|                              |                           |                      |                      |                      |                      |
|------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Persona mayor 65 años</b> | <b>Enfermedad Crónica</b> | <b>D. Física</b>     | <b>D. Sensorial</b>  | <b>D. Psíquica</b>   | <b>Otros</b>         |
| <input type="text"/>         | <input type="text"/>      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### VIVIENDA

**Tipo Vivienda:** Edif. Vecinos  Unifamiliar Urbana  Unifam. Rural  Unifam. aislada

**Control de acceso:** Portero automático  Llave  Portero físico  Ascensor Si  No

**Cerrojos en la Vivienda** Si  No

**Gas:** Butano  Ciudad  **Ubicación llave general:** \_\_\_\_\_

**Ubicación llave general del agua:** \_\_\_\_\_

**Luz:**  **Ubicación Interruptor General:** \_\_\_\_\_ **Compañía:** \_\_\_\_\_

**Ubicación de la terminal:**

### Alarmas Complementarias

**Tipo Alarmas Complementarias:** 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

**Ubicación de las alarmas :** 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

### Observaciones

En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), la persona usuaria y/o beneficiaria AUTORIZA a los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Siero, a la cesión de sus datos personales a la Cruz Roja Española para la gestión de la TELEASISTENCIA, así como los que se deriven de la prestación del servicio a las Entidades Sanitarias, a las Autoridades competentes en materia de Protección Civil y Emergencias y a las Administraciones Públicas de naturaleza social (incluido el Servicio Social de base correspondiente a su domicilio), a los exclusivos fines de prestación del servicio de Teleasistencia solicitado.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_  
(Titular del servicio de TeleAsistencia)

Fdo: \_\_\_\_\_  
(Usuario-a beneficiario/a del servicio de TeleAsistencia)

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

**Fecha entrada en Cruz Roja:**

**Fecha de alta:**