

EXPEDIENTE Nº:

APELLIDOS:	NOMBRE:	VARON	MUJER
DNI:	F. NACIMIENTO:	TELEFONOS:	//
DOMICILIO:	MUNICIPIO:	CP:	
ESTADO CIVIL:	UTS	Gobierno de Cantabria	/ Municipal

DATOS DE CONVIVENCIA:

SOLO

ACOMPANADO

NOMBRE Y APELLIDOS	f . NACIMIENTO	RELACION	DNI	OBSERVACIONES (tlfm..)

CONTACTOS

NOMBRE Y APELLIDOS:	RELACION:	DOMICILIO:	TFNO.	LLAVE
			CASA	
			TRABAJO	
			CASA	
			TRABAJO	
			CASA	
			TRABAJO	

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:

SERVICIO:	ENTIDAD:	HORARIO:
SERVICIO:	ENTIDAD:	HORARIO:

ASISTENCIA SANITARIA:

SEGURIDAD SOCIAL	Titular	Beneficiario.....	Beneficiario.....
Nº AFILIACIÓN			
MEDICO DE FAMILIA			
ASISTENCIA PRIVADA	Titular	Beneficiario.....	Beneficiario.....
Nº IDENTIFICACIÓN			
MEDICO DE FAMILIA			

Si coexisten asistencia pública y privada, en caso de emergencia se deberá pasar el aviso a:

- ☐ Asistencia particular (Nota.....)
- ☐ Seguridad Social (Nota.....)

ESTADO DE SALUD:

ENFERMEDADES MÁS IMPORTANTES:

TRATAMIENTO:

Adjunta informe médico:

☐ si☐ no

DISCAPACIDADES	TITULAR	BENEFICIARIO.....
FUNCIONAL	☐ Se vale ☐ Necesita ayuda ☐ Ayuda total	☐ Se vale ☐ Necesita ayuda ☐ Ayuda total
PSIQUICA	☐ Se vale ☐ Necesita ayuda ☐ Ayuda total	☐ Se vale ☐ Necesita ayuda ☐ Ayuda total
• Oído • Vista • Comunicación verbal	☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal	☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal

VIVIENDA Y EQUIPAMIENTOS:**TIPO DE VIVIENDA:** * 01 EDIFICIO VECINOS ☐ * 02 UNIFAMILIAR URBANA ☐ * 03 UNIFAMILIAR AISLADA ☐ * 04 OTROS ☐* **ASCENSOR:** SI ☐ NO ☐* **ACCESOS:** - SERVICIOS DE EMERGENCIA SI ☐ NO ☐
- MINUSVALIDOS SI ☐ NO ☐* **PORTEROS:** - FISICO ☐ - AUTOMATICO ☐* COCINA BUTANO ☐ * COCINA GAS NATURAL ☐ * COCINA ELECTRICA ☐* **LLAVES:** - AGUA ☐ - GAS ☐ - LUZ ☐**UBICACION (TERMINAL):** **OBSERVACIONES DE INTERES** (Agendas, localización de la calle...):