



ANEXO I AL DECRETO 144/2011, DE 28 DE JUNIO

FICHA SANITARIA A CUMPLIMENTAR PARA EL ALTA EN EL SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA

DATOS DEL/A MÉDICO/A

Informe realizado por el/la médico/a

Colegiado/a en _____

Con el número _____

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Nombre y apellidos de la persona solicitante del servicio

DNI / NIE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROBLEMAS DE SALUD MÁS IMPORTANTES

1
2
3
4
5
6
7

Observaciones

MEDICACIÓN HABITUAL

1
2
3
4
5
6

Observaciones

DEAMBULACIÓN

Sólo/a

Sólo/a con producto de apoyo

Con bastón Con andador Con silla de ruedas

Ayudado/a por otra persona

Encamamiento

CAPACIDAD COGNITIVA

Normal

Deterioro cognitivo leve-moderado

Deterioro cognitivo grave-muy grave

SENTIDOS

VISIÓN

- Normal o déficit leve
- Déficit moderado o grave con adaptación
- Déficit total

AUDICIÓN

- Normal o déficit leve
- Déficit moderado o grave con adaptación
- Déficit total

LENGUAJE

- Normal o déficit leve
- Déficit moderado o grave con adaptación
- Déficit total

Observaciones

En _____, a _____

Firma del médico o de la médica