

PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN DE TELEASISTENCIA: PII

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA USUARIA DE LA PRESTACIÓN	
Nombre:	
Apellidos:	
Fecha de nacimiento:	
DNI:	
Teléfono 1:	Teléfono 2:
Dirección:	
Provincia:	Localidad:
DATOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA	
<input type="checkbox"/> Sistema de salud público:	<input type="checkbox"/> Sistema de salud privado:
Centro de Salud:	Nombre de la mutua o seguro privado
Dirección:	Dirección:
Nombre del médico:	Nombre del médico:
Teléfono cita previa:	Teléfono cita previa:
Teléfono de urgencias:	Teléfono de urgencias:
CIPA:	
ACCESIBILIDAD DE LOS DISPOSITIVOS DOMICILIARIOS	
<input type="checkbox"/> Necesidades auditivas	
Observaciones: <i>(Necesidades de adaptación y accesibilidad tiene la persona para que pueda usar el servicio de teleasistencia)</i>	
IDENTIFICACIÓN DEL COORDINADOR/A DE CASO	
Nombre:	
Apellidos:	
CEAS:	
Teléfono de contacto:	
PERSONAS DE CONTACTO	
CONTACTO PREFERENTE	
Nombre:	Situación de convivencia:
Apellidos:	<input type="checkbox"/> Reside en el domicilio de la persona usuaria.
Teléfono 1:	Convive o acompaña a la persona usuaria habitualmente en horario de:
Teléfono 2:	<input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche
Tiene llaves del domicilio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con la persona usuaria:
	<input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Vecino/a
Observaciones: <i>(Datos importantes a tener en cuenta: disponibilidad, tiempo aproximado en acudir al domicilio, etc...)</i>	
CONTACTO 2	
Nombre:	Situación de convivencia:
Apellidos:	<input type="checkbox"/> Reside en el domicilio de la persona usuaria.
Teléfono 1:	Convive o acompaña a la persona usuaria habitualmente en horario de:
Teléfono 2:	<input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche
Tiene llaves del domicilio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con la persona usuaria:
	<input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Vecino/a

Observaciones:

(Datos importantes a tener en cuenta: disponibilidad, tiempo aproximado en acudir al domicilio, etc...)

SERVICIOS DE TELEASISTENCIA ACORDADOS

- Custodia de llaves
 - Contacto.
 - Empresa.
- Detección de fuego/humo en el domicilio para la prevención de incendios
- Detección preventiva de situaciones de riesgo de explosión de gas o intoxicación en el domicilio
- Detección preventiva de situaciones de riesgo de intoxicación por monóxido de carbono
- Prevención de situaciones de riesgo de inundación por fuga de agua en el domicilio
- Teleasistencia móvil fuera del domicilio
- Gestión de citas médicas
- Apoyo al mantenimiento de la salud y seguimiento de la atención a las personas dependientes
- Seguimiento proactivo y apoyo al cuidador
- Prevención y seguimiento ante procesos de duelo
- Prevención y seguimiento ante situaciones de soledad y aislamiento
- Prevención de situaciones especiales de riesgo: maltrato, suicidio...
- Prevención y seguimiento ante situaciones de riesgo en procesos de convalecencia y rehabilitación
- Prevención y seguimiento ante situaciones de riesgo detectadas a partir del patrón de actividad
- Otros servicios de detección inmediata y prevención de riesgo en el hogar

Observaciones:

(Actuaciones a tener en cuenta por el servicio de teleasistencia)

Firmado en (lugar) a (día) de a (mes) de (año)

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

- Persona usuaria de la prestación:
- Representante acreditado (en caso de capacidad jurídica limitada):

Coordinador/a de caso CEAS