

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COMO PERSONA DE CONTACTO EN EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CONTACTO:

Nombre: _____ Apellidos: _____

DNI: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Domicilio:

Tipo de vía: _____ Nombre de la vía: _____ Portal: _____ Piso: _____

Provincia: _____ Municipio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____

TIPO DE RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA:

Contacto preferente: Sí No *(Se presentará un modelo de consentimiento por cada persona de contacto, pero sólo puede haber un contacto preferente por persona usuaria)*

Tiene llaves del domicilio de la persona usuaria de la teleasistencia: Sí No

Reside en el domicilio de la persona usuaria de la teleasistencia: Sí No

Acompaña a la persona usuaria habitualmente en horario de: mañana tarde noche

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA USUARIA DE LA TELEASISTENCIA:

Nombre: _____ Apellidos: _____

DNI: _____

COMUNICO

Que he sido informado/a, y comprendiendo en qué consiste mi participación en el servicio, doy mi CONSENTIMIENTO para que el personal del servicio de teleasistencia que participe en la intervención pueda acceder durante el transcurso de la misma a la información que consta en el presente documento.

Y AUTORIZO a que estos datos se incorporen al expediente de teleasistencia de la persona indicada anteriormente.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma de la persona de contacto

SR ALCALDE O DIPUTADO PROVINCIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE _____