

PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN TELEASISTENCIA PÚBLICO

1- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INTERESADA:

Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha nacimiento: _____ DNI: _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Domicilio: _____

2- IDENTIFICACIÓN DEL COORDINADOR DE CASO:

3- TELEASISTENCIA BÁSICA

4- ACCESIBILIDAD DE LOS DISPOSITIVOS DOMICILIARIOS:

Necesidades auditivas

5- SERVICIOS DE TELEASISTENCIA AVANZADA ACORDADOS:

- 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 situaciones de riesgo detectadas a partir del patrón de actividad
- Otros servicios de detección inmediata y prevención de riesgo en el hogar

6- DATOS DE ASISTENCIA SANITARIA:

Cobertura sanitaria:

Nombre de la mutua o seguro privado:

Centro de Salud:

Médico:

Teléfono cita previa:

Teléfono urgencias:

Dirección:

CIPA/CIP:

7- PERSONAS DE CONTACTO:

CONTACTO 1:

Nombre:

Apellidos:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Contacto preferente: Sí No

Tiene llaves del domicilio: Sí No

CONTACTO 2:

Nombre:

Apellidos:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Contacto preferente: Sí No

Tiene llaves del domicilio: Sí No

8- ACTUACIONES A REALIZAR POR EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Para la persona en situación de dependencia:

Para la persona cuidadora reforzando sus fortalezas y abordando factores de riesgo de agotamiento:

Nombre y apellidos:

En
**Persona en situación de dependencia/
representante legal:**

Nombre y apellidos:

a de de
Coordinador de caso CEAS

Nombre y apellidos: