



# Instituto de Enfermedades Neurológicas de Castilla-La Mancha



## ANEXO II INFORME SOCIAL

(A rellenar por un Trabajadora Social, tachando solo las casillas que procedan)

### 1.- DATOS IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:.....	Apellidos:.....	Sexo:.....
Dirección: .....	Municipio:.....	
Provincia:.....	C.Postal:.....	Nacionalidad :.....
NIF:.....	País de origen: .....	Pasaporte:.....
Fec. Nac.:.....	Teléfono 1 :.....	Teléfono 2:.....
nº Seg. Social:.....	TSI :.....	

### 2.- DATOS IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Persona autorizada: .....	Centro Solicitante: .....
Facultativo:.....	Servicio: .....
Provincia:.....	Teléfono:.....
Observaciones:.....	

### 3.- DATOS IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Cuidador Principal:.....

Dirección:..... Tfno:.....

Población:..... Provincia:.....

### 4.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA.

Nombre y apellidos	Fecha nacimiento	E. Civil	Parentesco	Estudios / Ocupación	Teléfono	Ingresos

### 5.- FAMILIARES QUE NO CONVIVEN CON EL SOLICITANTE.

Nombre y apellidos	Fecha nacimiento	Parentesco	Estudios / Ocupación	Teléfono

## 6.- SITUACIÓN SOCIO- FAMILIAR:

- Tiene familiares o cuidadores que le prestan la debida atención
- Rota por distintos domicilios familiares
- Vive en pareja y/o familiar y/otros pero no pueden o no quieren atenderle
- Tiene apoyo familiar o social de forma irregular o esporádica
- Carece de apoyo familiar o social
- Voluntariado Social, ayuda domiciliaria
- La Red de Apoyo es insuficiente para permanecer en su entorno

## 7.- VIVIENDA

### TIPO DE VIVIENDA

- DOMICILIO     CENTRO/RESIDENCIA     OTROS

### CONDICIONES GENERALES

- N.º de personas que conviven                       N.º de habitaciones

### RÉGIMEN DE TENENCIA

- Propia                       Alquilada     Cedida en uso     Familiar                       Otros

### UBICACIÓN

- Casco urbano     Zona rural     Fuera del casco urbano     Zona rural aislada

## 8.- NIVEL CULTURAL

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto           | <input type="checkbox"/> Bachiller Superior      |
| <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir | <input type="checkbox"/> FP                      |
| <input type="checkbox"/> Estudios primarios   | <input type="checkbox"/> Estudios Universitarios |

## 9.- SITUACIÓN LABORAL

- En activo                       Paro     Jubilado     Ama de casa

## 10- SITUACIÓN ECONÓMICA

- Renta de trabajo
- Renta de propiedad de bienes
- Prestación pública
- Ingresos totales del núcleo familiar

**11.- VALORADA LA SITUACIÓN DE:**

**MINUSVALÍA**  .....% carácter Provisional  Fecha ...../...../.....  
Definitivo  Fecha ...../...../.....

**DEPENDENCIA**  Grado:..... Nivel:..... Fecha ...../...../.....

**INCAPACIDAD**

Incapacidad laboral permanente  Incapacidad laboral transitoria

Incapacidad por invalidez  FECHA ...../...../.....

**INCAPACIDAD JUDICIAL:** Tutela  Curatela  Nombre Tutor:.....

**12.- SITUACIÓN BASAL:**

**ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD):** Independiente Dependiente

**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (MANEJO DE DINERO, DESPLAZAMIENTOS, MANEJO DE APARATOS ETC..)**

Independiente Dependiente

**13.- SITUACIÓN ACTUAL (ADAPTACIÓN O REAJUSTE DEL NÚCLEO FAMILIAR EN EL REPARTO DE ROLES DESPUÉS DEL DAÑO CEREBRAL)**

**14.- NECESIDADES PERCIBIDAS POR LA FAMILIA:**

**15.- INTERVENCIONES**

**16.- RECURSOS**

<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Teleasistencia	<input type="checkbox"/> Centro de día o de noche
<input type="checkbox"/> Centro residencial	<input type="checkbox"/> Servicio privado	<input type="checkbox"/> Ayudas técnicas

Se solicita la valoración del paciente para indicar o no, su inclusión en un programa de Rehabilitación Intensiva Interdisciplinaria en el IEN

En.....,a.....de.....de .....

Firma:

Trabajador Social Remitente:.....

Centro Remitente:.....

Teléfono de contacto: ..... email:.....