



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:.....