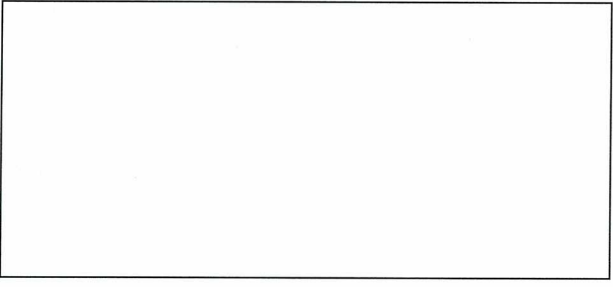


**SOLICITUD DE INGRESO EN RESIDENCIA  
PARA PERSONAS MAYORES Y/O UNIDAD  
DE ESTANCIA DIURNA**



**DATOS PERSONALES DE EL/LOS SOLICITANTE/S:**

<b>A</b>	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
	FECHA DE NACIMIENTO:	LOCALIDAD DE NACIMIENTO:	PROVINCIA DE NACIMIENTO:	D.N.I.:
<b>B</b>	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
	FECHA DE NACIMIENTO:	LOCALIDAD DE NACIMIENTO:	PROVINCIA DE NACIMIENTO:	D.N.I.:

**SI CONCORRE ENFERMEDAD FÍSICA O PSÍQUICA QUE LE/S IMPIDA TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES, FIRMARÁ SU REPRESENTANTE LEGAL, CUYOS DATOS SON:**

APELLIDOS:	NOMBRE:	D.N.I.:	TELÉFONO:
DOMICILIO (Calle, plaza, número):	LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:

**NOMBRE Y DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES:**

APELLIDOS:	NOMBRE:	TELÉFONO:
DOMICILIO (Calle, plaza, número):	LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL: PROVINCIA:

**SERVICIO QUE SOLICITAN (MARCAR LO QUE PROCEDA)**

<input type="checkbox"/> INGRESO EN PLAZA NO CONCERTADA EN CENTRO RESIDENCIAL PEÑALTA	
<input type="checkbox"/> INGRESO EN PLAZA NO CONCERTADA EN UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA	
<input type="checkbox"/> PLAZA NO CONCERTADA EN CENTRO RESIDENCIAL PEÑALTA (DÍAS SUELTOS)	
<input type="checkbox"/> PLAZA NO CONCERTADA EN UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA (DÍAS SUELTOS)	

**FORMA DE INGRESO (Rellenar únicamente cuando sean dos los solicitantes):**

INGRESO SIMULTÁNEO DE AMBOS      EN CASO NECESARIO DESEAMOS QUE INGRESE EN PRIMER LUGAR:  A)  B)

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA (MARCAR LO QUE PROCEDA)**

<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DNI Y TARJETA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA SEGURO DE DECESOS	
<input type="checkbox"/> INFORME MEDICO NORMALIZADO	
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE INGRESOS	
<input type="checkbox"/> INFORME SOCIAL	

**DECLARO:** Bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, quedando enterado de la obligación de comunicar al IMAS cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma del solicitante (A)  
en su caso

Firma del solicitante (B)

Fdo. El Representante Legal,

**AUTORIZO** a la Fundación Peñalta para solicitar de los Organismos Públicos cuantos certificados relativos a mi situación sean necesarios para tramitar la presente solicitud, así como para la recopilación de los mismos y su incorporación a ésta.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma del solicitante (A)  
en su caso

Firma del solicitante (B)

Fdo. El Representante Legal,

**DILIGENCIA:** Siendo las \_\_\_\_\_ horas del día de la fecha, ante el funcionario que suscribe,

**COMPARECE/N:** El/Los arriba reseñados, quien/es expresan verbalmente su voluntad de solicitar su admisión en Centro Residencial de la Administración, en los términos indicados anteriormente y que por incapacidad física o cultural no puede/n estampar su firma.

De lo que doy fe en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del funcionario:

Fdo. \_\_\_\_\_ Cargo y/o puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

**HISTORIA ACTUAL**

**CIRCULATORIO**

- Corazón: Insuficiencia \_\_\_\_\_ Arritmias \_\_\_\_\_ Isquemia (Angor \_\_\_\_\_ Infarto \_\_\_\_\_ )  
Valvulopatía \_\_\_\_\_  
Otras \_\_\_\_\_  
HTA \_\_\_\_\_
- Vasos: Arteriopatías \_\_\_\_\_  
Venopatías \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**RESPIRATORIO**

- Larínge \_\_\_\_\_ Catarrros frecuentes \_\_\_\_\_ EPOC \_\_\_\_\_ T.P. (Curada \_\_\_\_\_ Activa \_\_\_\_\_ )  
Otros procesos \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? (Amígdalas \_\_\_\_\_ Traqueotomía \_\_\_\_\_ Punción \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_ )

**ENDOCRINO**

- Diabetes \_\_\_\_\_ Tiroides \_\_\_\_\_  
Otras \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**DIGESTIVO**

- Boca \_\_\_\_\_  
Hernia de hiato \_\_\_\_\_ Úlcus \_\_\_\_\_ Estreñimiento \_\_\_\_\_ Diarreas \_\_\_\_\_ Incontinencia \_\_\_\_\_  
Hepatopatías \_\_\_\_\_ Colecistopatías \_\_\_\_\_ Hernia \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**GENITO-URINARIO**

- Incontinencia \_\_\_\_\_ Vejiga \_\_\_\_\_ Litiasis \_\_\_\_\_ Infecciones \_\_\_\_\_  
MUJER: Matriz \_\_\_\_\_ Vagina \_\_\_\_\_ Flujo \_\_\_\_\_ Genitales externos \_\_\_\_\_  
HOMBRE: Próstata \_\_\_\_\_ Genitales externos \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**OJOS**

- Visión \_\_\_\_\_ Gafas \_\_\_\_\_ Cataratas \_\_\_\_\_ Infecciones \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**OIDOS**

- Hipoacusia \_\_\_\_\_ (Audífono \_\_\_\_\_ ) Otras \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**LOCOMOTOR**

- Procesos reumáticos (Artritis \_\_\_\_\_ Artrosis \_\_\_\_\_ Gota \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ )  
Articulaciones más afectadas \_\_\_\_\_  
Fracturas \_\_\_\_\_ Ayudas ortopédicas \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**PIEL**

- Úlceras \_\_\_\_\_ Alteraciones sospechosas de malignidad \_\_\_\_\_  
Verrugas \_\_\_\_\_ Queratosis \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_  
¿Intervenciones? \_\_\_\_\_

**SISTEMA NERVIOSO**

- Parálisis (zona afectada) \_\_\_\_\_ Habla \_\_\_\_\_ Mareos \_\_\_\_\_  
Neuralgias \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

ES IMPRESCINDIBLE CUMPLIMENTAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO PARA SU VALORACION

**AUTONOMIA PERSONAL**

**VALORACION FÍSICA**

**MOVILIDAD**

- Camina con normalidad
- Camina con dificultad
- Camina con ayuda
- En silla de ruedas o encamado

**VESTIDO**

- Se viste sin ayuda y correctamente
- Se viste sólo pero incorrectamente
- Precisa ayuda para vestirse
- Precisa ayuda siempre. Incapaz

**ALIMENTACION**

- Se alimenta correctamente y sin ayuda
- Se alimenta con la mínima ayuda
- Precisa ayuda con frecuencia
- Precisa ayuda siempre. Incapaz

**ASEO**

- Se asea con normalidad
- Se asea solo pero mal
- Precisa ayuda para el aseo
- Incapaz de asearse

**CONTINENCIA DE ESFÍNTERES**

- Continencia completa
- Incontinencia ocasional
- Incontinencia con frecuencia
- Incontinencia completa

**DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES**

- No
- Leve
- Importante
- Total

**CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE LE PERMITAN DESENVOLVERSE EN SU MEDIO**

- Las realiza sin ayuda
- Las realiza con ayuda
- Las realiza con supervisión estrecha
- Incapaz de realizarlas

**VISION**

- Normal o corregida con lentes
- Ceguera total no adquirida en la vejez
- Ceguera total adquirida en la vejez

**AUDICIÓN**

- Normal
- Hipoacusia leve
- Hipoacusia moderada
- Sordera total no adquirida en la vejez
- Sordera total adquirida en la vejez

**DISNEA**

- No presenta
- Disnea de esfuerzo
- Disnea de reposo

**VALORACION PSÍQUICA**

**MEMORIA**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**COMUNICACIÓN (Capacidad de comprensión y/o expresión)**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**PERCEPCIÓN Y PENSAMIENTO (Delirios, ideas paranoides, alucinaciones)**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**AFECTIVIDAD (Ánimo depresivo, descontrol emocional)**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**TRASTORNOS DE CONDUCTA (Inquietud permanente, desinhibición sexual, agresividad, irritabilidad)**

- Normal
- Alteraciones leves
- Alteraciones moderadas
- Alteraciones graves

**¿PRESENTA ENFERMEDAD O ALTERACIÓN PERMANENTE QUE LE IMPIDA TOMAR DECISIONES POR SÍ MISMO?**

- Sí
- No