FundaciónPeñalta
Residencia de Mayores de Orcera

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

DATOS PERSONALES DE EL/LOS SOLICITANTE/S:

A	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer
	FECHA DE NACIMIENTO:	LOCALIDAD DE NACIMIENTO:	PROVINCIA DE NACIMIENTO:	D.N.I.:

B	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer
	FECHA DE NACIMIENTO:	LOCALIDAD DE NACIMIENTO:	PROVINCIA DE NACIMIENTO:	D.N.I.:

SI CONCURRE 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)

INGRESO EN PLAZA NO CONCERTADA EN CENTRO RESIDENCIAL PEÑALTA	☐
INGRESO EN PLAZA NO CONCERTADA EN UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA	☐
PLAZA NO CONCERTADA EN CENTRO RESIDENCIAL PEÑALTA (DÍAS SUELTOS)	☐
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)

FOTOCOPIA DNI Y TARJETA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	☐
FOTOCOPIA SEGURO DE DECESOS	☐
INFORME MEDICO NORMALIZADO	☐
CERTIFICADO DE INGRESOS	☐
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) Firma del solicitante (B) Fdo. El Representante Legal, en su caso

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) Firma del solicitante (B) Fdo. El Representante Legal, en su caso

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: _____

FundaciónPeñalta
Residencia de Mayores de Orcera

HISTORIA ACTUAL

CIRCULATORIO

- Corazón: Insuficiencia _____ Arritmias _____ Isquemia (Angor _____ Infarto _____)
  Valvulopatía _____
  Otras _____
  HTA _____

- Vasos: Arteriopatías _____
  Venopatías _____
  ¿Intervenciones? _____

RESPIRATORIO

Laringe _____ Catarros frecuentes _____ EPOC _____ T.P. (Curada _____ Activa _____)
Otros procesos _____
¿Intervenciones? (Amígdalas _____ Traqueotomía _____ Punción _____ Otras _____)

ENDOCRINO

Diabetes _____ Tiroides _____
Otras _____
¿Intervenciones? _____

DIGESTIVO

Boca _____
Hernia de hiato _____ Ulcus _____ 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 _____

FundaciónPeñalta
Residencia de Mayores de Orcera

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

VISIÓN
- ☐ 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