

FICHA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA



Ayuntamiento
de Piloña



Cruz Roja Española
Principado de Asturias

Identificación de la persona titular:

Expediente TAD:

Nº SIUSS

U.T.S.

Centro Servicios Sociales

TF.:

D.N.I.

Nombre

Apellidos

Dirección

Teléfono Fijo

Fecha Nacimiento

e-mail

Teléfono Móvil

Hombre

Mujer

Estado Civil

Población

Código Postal

Vive sólo: SI ___ NO ___

Conviviente Principal (1)

(1) En el caso de que la persona que convive presente situación o riesgo parecida a la de la persona titular, se considerará usuaria del servicio. Otras convivencias en diferente situación, se considerarán como personas de contacto en cualquier caso.

Nombre y apellidos	NIF/Pasaporte/	Fecha Nacimiento	Relación con titular	Observaciones

Otros recursos sociales:

S.A.D.
horario

Centro de Día
y horario

Centro de Mayores al que acude

Observaciones

Fecha entrada en CRE:

Fecha de Alta:



La persona que le entrega esta ficha (titular del servicio de TAD), D/Dª:

ha solicitado el alta en el Servicio de Teleasistencia. Para el acceso a este servicio, es imprescindible facilitar a Cruz Roja los datos de al menos una persona de su entorno, dispuesta a colaborar en caso necesario con el Servicio, por lo que han contado con usted.

La TeleAsistencia es un servicio de carácter social, cuyo objetivo es favorecer la permanencia de la persona usuaria en su entorno de forma segura. A través de la línea telefónica y un sistema de telecomunicaciones específico, la TeleAsistencia permite que la persona usuaria pueda solicitar ayuda ante cualquier eventualidad, durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Es necesario contar con una serie de recursos que, de forma puntual, puedan acudir y colaborar ante la detección de determinadas incidencias o recibir/aportar información relevante y entre ellos están, sin duda alguna, los familiares, amigos-as, vecinos-as y profesionales que forman parte del entorno más cercano de las personas usuarias, y que son los-as encargados-as del bienestar y cuidado de las mismas.

Por todo esto, es imprescindible conocer los datos personales que se solicitan en la ficha que figura a continuación. Y de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, todos-as aquellos-as cuyos datos se recaban quedan informados-as y aceptan que con su firma autorizan:

-a que los datos que nos está facilitando voluntariamente y los que se generen con posterioridad, se incorporen a un fichero de datos de carácter personal, responsabilidad de Cruz Roja, cuyo tratamiento se realizará tanto directamente por la misma, como a través de los proveedores y entidades cuya intervención deba concertar para la correcta prestación el servicio de TeleAsistencia, y que tiene por finalidad la prestación y gestión de las incidencias del referido servicio. Cruz Roja le comunica que ha adoptado las medidas de seguridad legalmente exigidas y que por razones técnicas y de seguridad, las conversaciones que se mantengan serán grabadas.

-a que sus datos sean cedidos a aquellos recursos y servicios en la medida en que resulte necesario para cumplir la legislación vigente o para hacer frente a una posible situación de emergencia.

-y, a tener por garantizada la veracidad de los datos personales que facilita a Cruz Roja y se hace responsable de comunicarle cualquier modificación en los mismos.

Nombre y Apellidos*: _____			
DNI: <input type="checkbox"/>	Pasaporte: <input type="checkbox"/>	Tarjeta residencia: <input type="checkbox"/>	Número*: _____
Dirección*: _____			
Localidad*: _____	Provincia*: _____	C.P.: _____	
Tlfnó móvil _____	Tlfnó. casa* _____	Tlfnó. Trabajo _____	
Horario _____	Horario _____	Horario _____	Horario _____
E-mail: _____			
Relación con la persona usuaria*: _____		¿Tiene llaves de su domicilio?* <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO **	
Observaciones: _____			
¿Desea recibir de Cruz Roja otras informaciones que puedan interesarle? *		<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO **	
Lugar y Fecha: _____		Firma de la persona de contacto*:	
_____		_____	

* Es imprescindible contar, al menos, con estos datos.

** Marque con un círculo la opción que proceda

Podrá usted ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición, dirigiendo una carta firmada al domicilio social de Cruz Roja en C/ Martínez Vigil 36,33010, Oviedo con la referencia "Dirección de Intervención Social: Protección de Datos" adjuntando copia legible de su DNI e indicando la dirección a la que Cruz Roja pueda remitirle la confirmación de haber cumplido con su solicitud.

La persona que le entrega esta ficha (titular del servicio de TAD), D/Dª:

ha solicitado el alta en el Servicio de Teleasistencia. Para el acceso a este servicio, es imprescindible facilitar a Cruz Roja los datos de al menos una persona de su entorno, dispuesta a colaborar en caso necesario con el Servicio, por lo que han contado con usted.

La TeleAsistencia es un servicio de carácter social, cuyo objetivo es favorecer la permanencia de la persona usuaria en su entorno de forma segura. A través de la línea telefónica y un sistema de telecomunicaciones específico, la TeleAsistencia permite que la persona usuaria pueda solicitar ayuda ante cualquier eventualidad, durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Es necesario contar con una serie de recursos que, de forma puntual, puedan acudir y colaborar ante la detección de determinadas incidencias o recibir/aportar información relevante y entre ellos están, sin duda alguna, los familiares, amigos-as, vecinos-as y profesionales que forman parte del entorno más cercano de las personas usuarias, y que son los-as encargados-as del bienestar y cuidado de las mismas.

Por todo esto, es imprescindible conocer los datos personales que se solicitan en la ficha que figura a continuación. Y de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, todos-as aquellos-as cuyos datos se recaban quedan informados-as y aceptan que con su firma autorizan:

-a que los datos que nos está facilitando voluntariamente y los que se generen con posterioridad, se incorporen a un fichero de datos de carácter personal, responsabilidad de Cruz Roja, cuyo tratamiento se realizará tanto directamente por la misma, como a través de los proveedores y entidades cuya intervención deba concertar para la correcta prestación del servicio de TeleAsistencia, y que tiene por finalidad la prestación y gestión de las incidencias del referido servicio. Cruz Roja le comunica que ha adoptado las medidas de seguridad legalmente exigidas y que por razones técnicas y de seguridad, las conversaciones que se mantengan serán grabadas.

-a que sus datos sean cedidos a aquellos recursos y servicios en la medida en que resulte necesario para cumplir la legislación vigente o para hacer frente a una posible situación de emergencia.

-y, a tener por garantizada la veracidad de los datos personales que facilita a Cruz Roja y se hace responsable de comunicarle cualquier modificación en los mismos.

Nombre y Apellidos*: _____

DNI: Pasaporte: Tarjeta residencia: **Número*:** _____

Dirección*: _____

Localidad*: _____ **Provincia*:** _____ **C.P.:** _____

Tlfno móvil _____ **Tlfno. casa*** _____ **Tlfno. Trabajo** _____
Horario _____ Horario _____ Horario _____

E-mail: _____

Relación con la persona usuaria*: _____ ¿Tiene llaves de su domicilio?* SI / NO **

Observaciones: _____

¿Desea recibir de Cruz Roja otras informaciones que puedan interesarle? * SI / NO **

Lugar y Fecha: _____

Firma de la persona de contacto*:

* Es imprescindible contar, al menos, con estos datos.

** Marque con un círculo la opción que proceda

Podrá usted ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición, dirigiendo una carta firmada al domicilio social de Cruz Roja en C/ Martínez Vigil 36,33010, Oviedo con la referencia "Dirección de Intervención Social: Protección de Datos" adjuntando copia legible de su DNI e indicando la dirección a la que Cruz Roja pueda remitirle la confirmación de haber cumplido con su solicitud.

La persona que le entrega esta ficha (titular del servicio de TAD), D/Dª:

ha solicitado el alta en el Servicio de Teleasistencia. Para el acceso a este servicio, es imprescindible facilitar a Cruz Roja los datos de al menos una persona de su entorno, dispuesta a colaborar en caso necesario con el Servicio, por lo que han contado con usted.

La TeleAsistencia es un servicio de carácter social, cuyo objetivo es favorecer la permanencia de la persona usuaria en su entorno de forma segura. A través de la línea telefónica y un sistema de telecomunicaciones específico, la TeleAsistencia permite que la persona usuaria pueda solicitar ayuda ante cualquier eventualidad, durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Es necesario contar con una serie de recursos que, de forma puntual, puedan acudir y colaborar ante la detección de determinadas incidencias o recibir/aportar información relevante y entre ellos están, sin duda alguna, los familiares, amigos-as, vecinos-as y profesionales que forman parte del entorno más cercano de las personas usuarias, y que son los-as encargados-as del bienestar y cuidado de las mismas.

Por todo esto, es imprescindible conocer los datos personales que se solicitan en la ficha que figura a continuación. Y de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, todos-as aquellos-as cuyos datos se recaban quedan informados-as y aceptan que con su firma autorizan:

-a que los datos que nos está facilitando voluntariamente y los que se generen con posterioridad, se incorporen a un fichero de datos de carácter personal, responsabilidad de Cruz Roja, cuyo tratamiento se realizará tanto directamente por la misma, como a través de los proveedores y entidades cuya intervención deba concertar para la correcta prestación del servicio de TeleAsistencia, y que tiene por finalidad la prestación y gestión de las incidencias del referido servicio. Cruz Roja le comunica que ha adoptado las medidas de seguridad legalmente exigidas y que por razones técnicas y de seguridad, las conversaciones que se mantengan serán grabadas.

-a que sus datos sean cedidos a aquellos recursos y servicios en la medida en que resulte necesario para cumplir la legislación vigente o para hacer frente a una posible situación de emergencia.

-y, a tener por garantizada la veracidad de los datos personales que facilita a Cruz Roja y se hace responsable de comunicarle cualquier modificación en los mismos.

Nombre y Apellidos*: _____

DNI: Pasaporte: Tarjeta residencia: **Número*:** _____

Dirección*: _____

Localidad*: _____ **Provincia*:** _____ **C.P.:** _____

Tlfno móvil _____ **Tlfno. casa*** _____ **Tlfno. Trabajo** _____
Horario _____ Horario _____ Horario _____

E-mail: _____

Relación con la persona usuaria*: _____ **¿Tiene llaves de su domicilio?*** SI / NO **

Observaciones: _____

¿Desea recibir de Cruz Roja otras informaciones que puedan interesarle? * SI / NO **

Lugar y Fecha: _____

Firma de la persona de contacto*:

* Es imprescindible contar, al menos, con estos datos.

** Marque con un círculo la opción que proceda

Podrá usted ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición, dirigiendo una carta firmada al domicilio social de Cruz Roja en C/ Martínez Vigil 36,33010, Oviedo con la referencia "Dirección de Intervención Social: Protección de Datos" adjuntando copia legible de su DNI e indicando la dirección a la que Cruz Roja pueda remitirle la confirmación de haber cumplido con su solicitud.

Asistencia Sanitaria		
Núm. Seguridad Social	<input type="text"/>	Nº.Historia <input type="text"/>
Centro Salud	<input type="text"/>	Domicilio <input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Teléfono de urgencias <input type="text"/>
Médico de Familia	<input type="text"/>	
Hospital referencia	<input type="text"/>	
Localidad	<input type="text"/>	

Características y circunstancias de la persona titular:

Aspectos de interés: --enfermedades, alergias, riesgos...
<input type="text"/>
Medicación
<input type="text"/>
Observaciones: (hábitos diarios...)
<input type="text"/>
Tipología persona titular (Marcar con una X la que proceda):
Persona mayor 65 años: Discapacidad Física: Sensorial: Psíquica:
Enfermedad Crónica: Otros:

VIVIENDA

Tipo Vivienda: Edif. Vecinos Unifamiliar Urbana Unifamiliar Rural Unifamiliar aislada

Control de acceso: Portero automático Llave Portero físico **Ascensor Si** **No**

Cerrojos en la Vivienda Si **No**

Gas: Butano Ciudad **Ubicación llave general :** _____

Luz: _____ **Ubicación Interruptor General:** _____ **Compañía:**

Ubicación de la terminal:

Alarmas Complementarias

Tipo Alarmas Complementarias: 1 _____ 2 _____ 3 _____

Ubicación: 1 _____ 2 _____ 3 _____

Observaciones:

AUTORIZA a los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Piloña, de conformidad con la Ley 15/99, de 13 de diciembre -BOE 14 de Diciembre- de Protección de Datos de Carácter Personal, a la cesión de sus datos personales a la Cruz Roja Española para la gestión de la TELEASISTENCIA.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo: _____
(Titular del servicio de
TeleAsistencia)

Fdo: _____
(Usuario-a beneficiario/a del servicio de
TeleAsistencia)

Fdo.:El/La Trabajador/a Social