**INFORME SOCIAL**

|  |
| --- |
| **Nombre y Apellidos:** |

**SITUACIÓN PERSONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Presenta algún problema visual severo? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| ¿Presenta algún problema auditivo severo? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| ¿Presenta problemas de comunicación oral: laringectomía, traqueotomía, afasia,…? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
|  |  |
| ¿Ha sufrido caídas en alguna ocasión en el domicilio?Ha permanecido caído en el suelo más de: 􀀀 1 hora 􀀀 2 hs. 􀀀 4 hs. 􀀀 > 4 hs. |  􀀀 SI 􀀀 NO |
|  |
| ¿Pierde el conocimiento llegando a caerse? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| ¿Precisa ayudas técnicas de movilidad: andador, silla ruedas…? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
|  |  |
| ¿Alguna vez se ha dejado olvidado algún recipiente en el fuego? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| ¿Alguna vez se ha dejado el gas abierto? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| ¿Presenta inicio de demencia, alzheimer? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
|  |  |
| ¿Posee unas condiciones suficientes para la adecuada utilización del servicio? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| ¿En alguna ocasión se ha perdido en la calle? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| Otras circunstancias personales a valorar: |
| Grado de Dependencia: 􀀀 Gran dependiente 􀀀 Dependiente Severo 􀀀Dependiente Moderado 􀀀 No dependiente |

**SITUACIÓN CONVIVENCIAL Y RELACIÓN CON EL ENTORNO**

Es atendida por:

 Familia*…………………………*[ ]

Vecino………………………….[ ]  Amigo/a………………….[ ]

 SAD…………………………….[ ]  Personal contratado……[ ]

 Voluntariado………………….. [ ]  Otros…………… ………[ ]

 **Nº horas atendida: \_\_\_\_\_\_\_\_** diarias**. Periodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Pasa periodos en el domicilio sin que nadie le visite? | 􀀀 NO􀀀 SI 􀀀 de 3 días 􀀀 de 1 semana 􀀀 de 1 mes 􀀀Otros:\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Vive sola: [ ] Vive acompañada: [ ]  |
| Pasa sola gran parte de la: 􀀀 Mañana 􀀀Tarde 􀀀 Noche |
| ¿Ha fallecido algún familiar cercano en el último año? 􀀀 NO 􀀀 SI (vínculo: ) |

RELACIÓN CON EL ENTORNO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Salidas a la calle**  | **Visitas de familiares** | **Visitas de amistades** |
| Todos los días |  |  |  |
| Semanalmente |  |  |  |
| Mensualmente |  |  |  |
| Esporádicamente |  |  |  |
| Nunca |  |  |  |

**CONDICIONES DE LA VIVIENDA**

|  |  |
| --- | --- |
| Ubicación |  􀀀 Aislada 􀀀 Integrada en núcleo urbano |
| Barreras arquitectónicas |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| Comunicaciones |  􀀀 Buenas 􀀀 Malas  |
| Ascensor |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| Condiciones de habitabilidad |  􀀀 Buenas 􀀀 Regulares 􀀀 Malas  |
| Gas Butano |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| Voltaje eléctrico  |  􀀀 125 w 􀀀 220 w |
| ¿Dispone de teléfono inalámbrico? |  􀀀 SI 􀀀 NO |
| Enchufe **junto** al teléfono |  􀀀 SI 􀀀 NO |

TIPO DE VIVIENDA:

􀀀 Vivienda familiar 􀀀 Habitación 􀀀Pensión 􀀀Piso tutelado 􀀀Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FRECUENCIA DE LAS LLAMADAS DE CORTESÍA:**

|  |
| --- |
|  Mensual [ ]  Quincenal [ ] Semanal [ ]  No desea [ ]  |

**Observaciones sobre hábitos y relaciones sociales:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Trabajador/a Social*:*** | **Nº Colegiado:** |
| **Fdo*:***  | **Fecha*:***  |