

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

**Nombre y apellidos:**

**Fecha de nacimiento:**

**DNI:**

**Caducidad:**

**Domicilio actual:**

**Localidad:**

**Provincia:**

**Teléfono 1:**

**Teléfono 2:**

**Persona de referencia:**

**Tipo de relación:**

**Datos de contacto (nombre y teléfono):**

**DATOS DEL PROFESIONAL DERIVANTE**

**Nombre y apellidos:**

**Profesión:**

**Centro de trabajo:**

**Dirección y localidad:**

**Teléfono de contacto:**

**E-mail de contacto:**

**CENTRO PARA EL QUE SOLICITA PLAZA**

**HOGAR 2000**

**Tipo de estancia:**

Transitoria / Indefinida

Urgencia social (*especificar motivo y tiempo estimado de estancia*):

**Observaciones:**

**PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PLAZA EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON  
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN SITUACION DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

---

**MOTIVO PRINCIPAL DE LA SOLICITUD (MARCAR LA SITUACIÓN O SITUACIONES QUE SE DEN EN LA PERSONA)**

	<i>Tiempo aproximado de estancia</i>
<input type="checkbox"/> Carencia de alojamiento o marginación y desamparo	
<input type="checkbox"/> Transición dispositivo sanitario a la comunidad	
<input type="checkbox"/> Grave problemática social	
<input type="checkbox"/> carencia de apoyo social y familiar	
<input type="checkbox"/> Salida de establecimientos penitenciarios con carencia de alojamiento a la salida	
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	

**DATOS CLINICOS**

- **Diagnóstico principal:**

- **Diagnóstico secundario:**

- **Problemas físicos añadidos:**

- **Consumo de tóxicos:**     Sí             No

En caso afirmativo, qué tipo de tóxicos consume y frecuencia de estos:

- **Actitud ante la medicación pautada y seguimientos clínicos:**

- **Ingresos psiquiátricos:**     Sí             No            Observaciones:

- **Intentos autolíticos:**     Sí             No            Observaciones:

**PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PLAZA EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN SITUACION DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

- Uso de recursos sanitarios y/ o sociosanitarios previo/s y actual/es:

Recursos	Previo	Actual	Persona de referencia	Teléfono
USM				
UCA				
CRPSL				
Vivienda supervisada				
UME				
Hospital de día				
Residencia Comunitaria				
Unidad de larga estancia				
Otros:				

**DATOS SOCIOECONÓMICOS ACTUALES**

Tipo de convivencia: (rellene la casilla correspondiente)

Solo	
Familia propia	
Familia origen	
Amigos	
Vivienda tutelada	
Residencia	
Otros:	
Observaciones:	

Tipo de vivienda: (rellene la casilla correspondiente)

Propia	
Alquilada	
Cedida	
Familiar	
Otros:	
Observaciones	

Fuente de ingresos: (rellene la casilla correspondiente)

Trabajo propio	
Rentas	
PC	
PNC	
Hijo a cargo	
Otros:	

Ingresos mensuales netos:

**PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PLAZA EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON  
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN SITUACION DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

---

Discapacidad:  Sí  No **Grado:**

Valoración de dependencia:  Sí  No **Grado:**

**Observaciones:**

**SITUACION JURÍDICA**

---

**Capacitado:**

**Incapacitado:**

**En trámite:**

**Nombre del tutor/curador/ entidad tutelar:**

**Parentesco del tutor:**

**Nombre y apellidos:**

**Teléfono/s de contacto:**

**Dirección:**

**NECESIDADES IDENTIFICADAS POR ÁREAS**

---

- **Autocuidados y salud:**
  
- **Vivienda:**
  
- **Familia:**
  
- **Formativo- Laboral:**
  
- **Económica:**
  
- **Ocio en el tiempo libre:**
  
- **Otras:**

**PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PLAZA EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON  
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN SITUACION DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

---

**OBJETIVOS DE LA SOLICITUD A CENTRO RESIDENCIAL**

**DOCUMENTACIÓN IMPRESCINDIBLE A PRESENTAR JUNTO A LA SOLICITUD (marcar con una x la adjuntada):**

- Documento de consentimiento informado personal
- Certificado de empadronamiento del usuario/a
- Fotocopia del DNI / NIE
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria
- Certificado de pensiones del INSS
- Informe social actualizado** realizado al objeto de la solicitud y que especifique especialmente: situación socio-familiar y dinámica de las relaciones, unidad de convivencia, apoyo social, vivienda (régimen de tenencia), discapacidad, dependencia, situación formativo y laboral, ingresos económicos, etc.
- Certificado de discapacidad (si es el caso).
- Resolución de valoración de dependencia (si es el caso). Y en su defecto, Escala Barthel y resultado. Esta se presentará en el caso de no tener reconocida la dependencia o estar en trámite y considerar que se trata de una persona dependiente.
- Fotocopia de la sentencia de incapacitación, si la tuviera, así como del nombramiento del tutor. (si es el caso).
- Informe médico actualizado**, que contenga al menos la siguiente información:
  - Diagnóstico principal, secundario, sintomatología.
  - Bioquímica reciente.
  - Resultados recientes de Mantoux y serología completa.
  - Serología completa.
  - Informe psiquiátrico: en caso de presencia de algún problema de salud mental.
  - Informe toxicológico y de evolución del tratamiento de adicción, en caso de presentar o haber presentado situación de abuso y/o dependencia a sustancias psicoactivas.
  - Pauta farmacológica actualizada.

En,            a            de    de

Fdo. Facultativo que realiza la solicitud

**PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PLAZA EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON  
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN SITUACION DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONAL PARA LA AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE INFORMACIÓN DE LA HISTORIA  
CLÍNICA/SOCIAL A PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS DE DISPOSITIVOS DE LA RED DE ATENCION SOCIOSANITARIA**

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, nacido el día \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, C/ \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, localidad \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_, y en tratamiento en el dispositivo \_\_\_\_\_, manifiesto voluntariamente que mi facultativo/profesional de referencia me ha solicitado autorización para la cesión de la información contenida en mi historia clínica/social a profesionales sociosanitarios de la red de atención socio-sanitaria de Castilla-La Mancha.

Se me ha explicado detalladamente que los motivos de la petición, tienen la finalidad de solicitar una plaza en dispositivo residencial para personas con enfermedades físicas en situación de exclusión social. Asimismo se me han hecho saber los beneficios esperables de su utilización en mi proceso de tratamiento y mi derecho a negarme, así como su carácter revocable.

La información ha sido facilitada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas por lo que tomo libremente la decisión de autorizar al equipo de profesionales sociosanitarios, arriba mencionados, a utilizar la información contenida en mi historia clínica y social para los fines anteriormente descritos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Firma del facultativo responsable

Firma del usuario y/o representante legal

<p>Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.; Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Los profesionales sociosanitarios de la red de salud mental se comprometen a guardar la confidencialidad de sus datos y a utilizarlos solo con el objetivo de ayudarle en la mejora de su situación personal y social</p>
---