



SOLICITUD DE ESTANCIA EN CENTRO DE DIA

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	N.º DNI:
Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Sexo: Hombre Mujer	Lugar de nacimiento:	Estado civil:
Domicilio:		C. postal	
Localidad:	Provincia: Badajoz	Teléfono fijo	Teléfono móvil
N.º cartilla de la Seguridad Social:			
Plaza que solicita:		Grado de Dependencia:	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL-DATOS DEL FAMILIAR DE CONTACTO

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	N.º DNI:
Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Sexo: Hombre Mujer	Lugar de nacimiento:	Estado civil:
Domicilio:		C. postal	
Localidad:	Provincia: Badajoz	Teléfono fijo	Teléfono móvil

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR COMPLETA (Viven en el domicilio del interesado)

Nombre y apellidos	Parentesco	Teléfono
1.-		
2.-		

DATOS ECONÓMICOS

Clase de pensión	Procedencia	Cuantía mensual	N.º de pagas /año
Clase de pensión	Procedencia	Cuantía mensual	N.º de pagas /año
Alquiler o Hipoteca			
Cantidades por Arrendamiento			

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Señalar lo que proceda)

Transporte	SI	NO
Servicio de Baño Completo	SI	NO
	SI	NO

Declaro ser ciertos cuantos datos anteceden, así como los facilitados para la elaboración de los informes perceptivos para la valoración del expediente

En LA GARROVILLA, a..... de..... 20....

Fdo. Usuario/a

Fdo: Representante Legal



Con la presente solicitud se han de acompañar los siguientes documentos:

- **Fotocopia DNI del interesado**
- **Fotocopia Tarjeta Sanitaria**
- **Certificado de Empadronamiento y Convivencia**
- **Fotocopia del Certificado de la Pensión que cobra.**
- **Informe médico Normalizado (se le adjunta modelo)**
- **Informe médico del Especialista**
- **Fotocopia última declaración RENTA**
- **Reconocimiento de la Situación de Dependencia emitido por el SEPAD**
- **Informe Social (si el usuario no es de la localidad)**



INFORME MÉDICO



D / D^a _____ colegiado/a nº _____

De _____, médico de _____ teléfono _____

Reconocimiento efectuado el solicitante/s de ingreso en Centros de Día/ Residencia para personas mayores de SAMUREX, D/D^a _____

	SOLICITANTE
Padece enfermedad infecto contagiosa	SI ☐ NO ☐
Inmovilización en cama, atención continua	SI ☐ NO ☐
Tensión arterial	
Frecuencia cardiaca	
Frecuencia respiratoria	

AUTONOMÍA FÍSICA

LIMITACIONES	SOLICITANTE
Extremidades superiores	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales
Extremidades inferiores	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales
Continencia de esfínteres	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales
Vista y oídos	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales

DIAGNÓSTICO. Causa de la discapacidad física señalada anteriormente



INFORME MÉDICO

AUTONOMÍA PSÍQUICA

LIMITACIONES	SOLICITANTE
Orientación Espacio Temporal	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales
Percepción	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales
Comunicación	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales
Control emocional	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales
Memoria	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales
Conducta	☐ Normal ☐ Leves ☐ Importantes ☐ Totales

ENFERMEDADES QUE PADECE Y OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO COLEGIADO