

RECOGIDA DATOS

SOLICITUD PLAZA RESIDENCIA



FUNDACIÓN HOSPITAL DEL SANTO

FECHA

SOLICITA PLAZA:.....

RECOGE DOCUMENTACIÓN

FECHA SOLICITUD

PERSONA QUE LO SOLICITA Y RELACIÓN:

.....

TELEFONO DE CONTACTO:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre y Apellido

Sexo: ♦ Hombre ♦ Mujer Estado civilEdad.....

Municipio.....

SITUACIÓN CONVIVENCIAL

♦ Vive solo/a

♦ Acompañado/a de nº personas

♦ Familiares

♦ Persona contratada

♦ Rota por diversos domicilios de familiares:.....

♦ Centro:Fecha. Ingreso:.....

♦ Otros (especificar)

COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR Y DE APOYO:

Unidad familiar parentesco y edad

Otras personas cuidadoras que no conviven

♦

♦

♦

♦

♦

Otros familiares no cuidadores

.....

.....

SITUACION SANITARIA

.....

.....

.

RECOGIDA DATOS

SOLICITUD PLAZA RESIDENCIA



FUNDACIÓN HOSPITAL DEL SANTO

VIVIENDA

Tiene vivienda en propiedad: Sí No

VIVE EN : Centro vivienda propia Vivienda en alquiler Vivienda en usufructo

Vivienda de otras personas(especificar).....

La vivienda tiene el equipamiento básico:

Agua caliente Electrodomésticos básicos Calefacción Línea de teléfono

La persona interesada dispone de espacio suficiente: Sí No

La vivienda reúne condiciones: Sí No

Detalle de la situación:

.....

IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y AYUDAS TÉCNICAS:

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN LOS ACCESOS A LA VIVIENDA SI NO

Cuales.....

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA SI NO

Descripción (puertas, cuarto de baño, etc.): Ducha Bañera

Descripción:

AYUDAS TÉCNICAS UTILIZADAS SI NO

Descripción:

CONOCIMIENTOS.....

RELACIONES.....

GUSTOS Y PREFERENCIAS, HOBBIES.....

.....

SITUACIÓN ECONÓMICO-LABORAL

Se ha dedicado a.....

Edad de jubilación y motivo.....

Tipo de pensión pensión de Jubilación - Viudedad - Incapacidad - Orfandad
 Pensión de Gran Invalidez PNC otro

Importe.....

Otros ingresos No Sí (especificar).....

RECOGIDA DATOS

SOLICITUD PLAZA RESIDENCIA



FUNDACIÓN HOSPITAL DEL SANTO

DESCRIPCIÓN DE LOS CUIDADOS

PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL:

.....

Recibe apoyos ♦ Sí ♦ No (Especificar):

Cuidados personales:.....

.....

.....

OTROS.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIAGNÓSTICO, VALORACIÓN Y PROPUESTA PROFESIONAL

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN TÉCNICA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le informamos de que, en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, serán tratados como Responsable por FUNDACIÓN HOSPITAL DEL SANTO, domiciliada en Santo Domingo de la Calzada c/ San Francisco nº 2, que tiene como finalidad la gestión y administración de su solicitud de ingreso. Además, la firma de este documento significa la autorización y, por tanto, el consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos de salud aportados junto a la solicitud. Las bases jurídicas para el tratamiento de sus datos es el consentimiento prestado.

Le informamos tanto de que no se cederán sus datos a terceros, como de que no se realizarán transferencias internacionales de datos, salvo obligación legal, cesión necesaria para la ejecución del contrato o que usted preste el consentimiento expreso.

Puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación supresión y oposición, así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control.

Por último, para obtener una información más exhaustiva acerca del tratamiento que la Fundación realiza de sus datos personales, puede consultar nuestra política de privacidad a través de la página web www.hospitaldeslsanto.com.