

MODELO 3. PLAN DE INTERVENCIÓN



Nº EXPEDIENTE:

1. DATOS PERSONALES

Usuario/a número:

Fecha de alta:

Apellidos:

Nombre:

D.N.I.:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Lugar de nacimiento:

Domicilio particular:

2. DATOS SOCIO SANITARIOS

Número S.S.:

Centro de salud:

Médico/a de atención primaria:

Teléfono:

Situación de discapacidad: SI NO

Grado de dependencia:

VALORACIÓN INICIAL Fecha

3. ÁREA DE SALUD

CAPACIDADES Y APOYOS			
	Independiente	Ayuda	Dependiente
Comer			
Aseo / baño			
Vestirse			
Uso wc			
Movilidad			



Salidas al exterior			
	Si	No	Cuáles
Ayudas técnicas			
Adaptación del entorno			

4. ÁREA SOCIAL

Red de apoyo	Emocional	Instrumental	Ninguno
Visitas familiares	Semanal/quincenal	Mensual o esporádica	Ninguna
Salidas	Diaria / semanal	Quincenal	Mensual o +

5. ASPECTOS BIOGRÁFICOS

Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a
Hábitat	<input type="checkbox"/> Rural		<input type="checkbox"/> Urbano	
Familia	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijos/as	<input type="checkbox"/> Nietos/as	
	<input type="checkbox"/> Hermanos/as	<input type="checkbox"/> Familiares de 3°	<input type="checkbox"/> Sin familia	
Relación familiar	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Mala
Formación	<input type="checkbox"/> E. Superiores	<input type="checkbox"/> E. Medios	<input type="checkbox"/> Leer / escribir	<input type="checkbox"/> Sin escolarizar
Nivel de renta	<input type="checkbox"/> Cuantía le permite dar respuesta a sus necesidades	<input type="checkbox"/> A duras penas puede dar respuesta a las necesidades	<input type="checkbox"/> No da respuesta a las necesidades básicas	

6. OCIO E INTERESES OCUPACIONALES

Historia laboral			
Aficiones e intereses			
Participación	<input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Poca



7. RECURSOS

- Acompañamiento presencial.
- Acompañamiento telefónico.
- Programa de Voluntariado.
- Centro de Participación Activa local y regional.
- Centro Municipal/ Provincia de la Mujer
- Programa local de actividades de envejecimiento activo.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Servicio de Teleasistencia.
- Actividades programadas en la Asociación de Vecinos.
- Grupo de iguales / grupo de autoapoyo.
- Programa de vivienda compartida.
- Programas de termalismo.
- Programa de turismo de entidades públicas.

8. CONFORMIDAD DE LA PERSONA

USUARIO/A	FAMILIAR	OTRA PERSONA AUTORIZADA
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos: Parentesco:	Nombre y apellidos:



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Firmado:¹

Nombre y apellido:

Tel.

Correo:

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Personas Mayores y Pensiones no contributivas, cuya dirección es Avda. de Hytasa, 14, 41071-Sevilla.
- b) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la detección de la soledad no deseada de personas mayores de 55 y más años en Andalucía, cuya base jurídica es la Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores.
- c) En cualquier momento, de conformidad con lo establecido en los artículos 13 a 18 de la citada Ley Orgánica 3/2018, usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, portabilidad y oposición sobre los datos tratados ante el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.cipsc@juntadeandalucia.es
- d) La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentran disponibles en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

¹ *Coordinación de la Mesa Radar Local, Persona de los Servicios Sociales Comunitarios: Nombre y apellidos, teléfono y mail de contacto y Servicios Sociales Comunitarios*