

SOLICITUD DERIVACIÓN TRÁMITE DE URGENCIA

SOLICITUD SOCIOSANITARIA PRIORITARIA		
Centro de salud	Municipio	Fecha derivación
Profesional que lo solicita		CNP
Apellidos y nombre del paciente		Fecha nacimiento
DNI	NHUSA	Teléfono contacto
Justificación de la derivación		
SITUACIÓN FUNCIONAL-SANITARIO DE LA PERSONA <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente		
<input type="checkbox"/> Situación de dependencia	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual
<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Movilidad	<input type="checkbox"/> Apoyo técnicos
<input type="checkbox"/> Problemas graves y/o crónicos de salud mental		
<input type="checkbox"/> Enfermedad somática grave y/o invalidante		
<input type="checkbox"/> Situación de convalecencia		
<input type="checkbox"/> Situación de final de vida/terminal		
<input type="checkbox"/> Otras situaciones (violencia de género, maltrato,...)		
SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE LA PERSONA		
<input type="checkbox"/> Vive sola	<input type="checkbox"/> Convive con otra persona	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Apoyos socio-familiares	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Usuaría recursos socio-sanitarios	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Vivienda _____		
PROPUESTA DERIVACIÓN		
<input type="checkbox"/> Tramitación reconocimiento de la situación de dependencia		
<input type="checkbox"/> A centro residencial	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Permanente
OBSERVACIONES		