

Datos complementarios del servicio público de teleasistencia

(Rellenar sólo en caso de no haber solicitado anteriormente este servicio)

Datos personales

Nº de personas que conviven en el domicilio: _____

Datos sanitarios – Sistema de Salud

SACYL Nº de afiliación a la Seguridad Social: _____

Otras entidades prestatarias

ISFAS MUFACE Otros: _____

Nº de afiliación: _____

Tlf. Urgencias de ambulancia: _____

Compañía: _____

Médico de cabecera

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de cita: _____ Teléfono de urgencia: _____

Datos de personas de contacto

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____

Dirección: _____ Telf. Fijo: _____

Localidad: _____ Telf. Móvil: _____

Tiene llaves de su domicilio: Sí No

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____

Dirección: _____ Telf. Fijo: _____

Localidad: _____ Telf. Móvil: _____

Tiene llaves de su domicilio: Sí No

Estado de salud

Enfermedades / Operaciones / Alergias: _____

Medicación (Nombre y dosis): _____

Documentación necesaria a presentar junto a la solicitud:

- Fotocopia del DNI/NIE del solicitante y del cónyuge o pareja de hecho, en su caso.
- **Informe de salud** para prestaciones sociales (**del solicitante y beneficiario/s**, en su caso).
- Certificado de ingreso de pensiones o prestaciones del solicitante y del cónyuge o pareja de hecho, en su caso.