

Informe del entorno

para el reconocimiento de la situación de dependencia y acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la ley 39/2006, de 14 de diciembre

Número de Expediente	A.G.E.: SAAD	D.G.A.D.:
-----------------------------	--------------	-----------

Solicitante		
1 Apellido	2 Apellido	Nombre

Atención en su domicilio por algún familiar, persona/s de su entorno					
Apellidos y nombre			Relación con el enfermo		
Cuenta con servicios que le prestan en su domicilio					
<input type="checkbox"/> Personal contratado : horas/mes	<input type="checkbox"/> Ayuda domicilio: horas/mes	<input type="checkbox"/> Teleasistencia			
Cuidador no profesional presenta alguna de las siguientes situaciones:					
<input type="checkbox"/> Sobrecarga física	<input type="checkbox"/> Problemas de salud	<input type="checkbox"/> Experiencia en cuidados	<input type="checkbox"/> Falta de formación	<input type="checkbox"/> Riesgo de claudicación	<input type="checkbox"/> Minusvalía %

Está siendo atendido en un Centro	
Denominación:	

Evaluación de barreras en el entorno		Indicar propuestas de mejora
Medio	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano	
Barreras Estructurales	<input type="checkbox"/> Anchura pasillos y puertas < 80cm <input type="checkbox"/> Puertas con pomos, pestillos, cerrojos, etc <input type="checkbox"/> Servicios higiénicos no adecuados <input type="checkbox"/> Lavabos no adaptados <input type="checkbox"/> Suelos deslizantes <input type="checkbox"/> Otras...	
Barreras de Comunicación	<input type="checkbox"/> Casa aislada <input type="checkbox"/> Problemas de transporte <input type="checkbox"/> Ausencia de servicios cercanos (sanitarios, sociales, comerciales) <input type="checkbox"/> Cuenta con apoyo de vecinos <input type="checkbox"/> Barreras acceso vivienda: caminos sin asfalto, escalones <input type="checkbox"/> Otras...	

Evaluación de facilitadores en el entorno		Indicar suficiencia y propuestas de mejora
<input type="checkbox"/> Adaptaciones para la movilidad		
<input type="checkbox"/> Adaptaciones por déficit sensorial		
<input type="checkbox"/> Adaptación para la alimentación		
<input type="checkbox"/> Adaptación para la higiene personal		
<input type="checkbox"/> Otras ayudas técnicas		

Valoración global del evaluador	

Identificación del profesional que emite el informe		Fecha Informe:
Nombre y apellidos:		
Organismo /Centro	Cargo	
Firma:	Sello o Etiqueta Adhesiva	