



Residencia "Juan Pablo II"
Ctra. Alcorcón – Plasencia, km. 65
Teléf 91 861 14 06
Fax: 91 861 23 86
residencia@lopezrumayor.es
Apartado de Correos nº. 70
28680 SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS
(Madrid)

SOLICITUD DE INGRESO

1. DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellidos

Nombre DNI

Profesión Fecha de nacimiento

Estado civil Teléfono

Lugar de nacimiento Provincia

Domicilio

Población Provincia C.P.

2. DATOS ECONÓMICOS:

Clase de pensión que recibe Cuantía mensual

Otras pensiones o ayudas Cuantía mensual

3. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE:

Apellidos

Nombre DNI

Profesión Fecha de nacimiento

Estado civil Teléfono

Domicilio Población C.P.

Relación de Parentesco

4. SITUACIÓN ACTUAL DEL SOLICITANTE:

Personas con las que convive:

D/ña. Parentesco

Centro de Tercera Edad Localidad

NUMERO DE HIJOS:

Nombre	Dirección	Teléfono
D/a.	Población
D/a.	Población
D/a.	Población

San Martín de Valdeiglesias, ade..... de 20.....

Firma del Solicitante

NOTA: Adjuntar fotocopia D.N.I del solicitante

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. A tenor de dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, autorizo a FUNDACION LOPEZ RUMAYOR, Gran Vía, 40; 28013 Madrid (CIF: G78148426) www.lopezrumayor.es, para que lleve a efecto el tratamiento automatizado de los datos de carácter personal que se expresan en este documento o se deriven de su desarrollo, con la finalidad exclusiva de gestionar el ingreso en centro residencial, propiedad de dicha Fundación, denominado Residencia "Juan Pablo II". El responsable del fichero es la indicada Fundación, advirtiéndose de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la dirección citada.



Residencia "Juan Pablo II"
Ctra. Alcorcón – Plasencia, km. 65
Teléf 91 861 14 06
Fax: 91 861 23 86
residencia@lopezrumayor.es
Apartado de Correos nº. 70
28680 SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS
(Madrid)

INFORMACIÓN A RELLENAR POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Reconocimiento médico efectuado por el Dr./a. _____

Colegiado nº _____ Colegio de _____

Al solicitante D./Dña. _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: V M

Fecha de reconocimiento médico: _____

- | | | |
|---|----|----|
| A. Padece enfermedad infecto – contagiosa | SI | NO |
| B. Necesita cuidados médicos o de enfermería de forma continuada | SI | NO |
| C. Presenta algún tipo de trastorno que pueda producir alteraciones en la convivencia con el resto de residentes | SI | NO |
| D. Padece enfermedad que requiera de algún tipo de aislamiento del residente o sus pertenencias. | SI | NO |

1.- SITUACIÓN FÍSICA

- | | | | | | |
|---|------------|---|---|---|---|
| 1/ Limitaciones en el campo visual y/o auditivos:
(Indicar si son: 0-No, 1-Leves, 2-Importantes, 3-Totales) | Vista | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | Oído | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2/ Incontinencia:
(Indicar si son: 0-No, 1-Leves, 2-Importantes, 3-Totales) | Urinaria | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | Fecal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3/ Dificultad en el manejo de las extremidades:
(Indicar si son: 0-No, 1-Leves, 2-Importantes, 3-Totales) | Superiores | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | Inferiores | 0 | 1 | 2 | 3 |

2.- SITUACIÓN PSÍQUICA

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1/ Trastornos de la memoria:
(Indicar si son: 0-No, 1-Leves, 2-Importantes, 3-Totales) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2/ Trastornos de la conducta:
(Indicar si son: 0-No, 1-Leves, 2-Importantes, 3-Totales) | 0 | 1 | 2 | 3 |

3.- NECESITA AYUDA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Grados de valoración

0.- Hace la actividad solo

1.- Hace la actividad solo pero mal

2.- Completa la actividad pero con ayuda

3.- Intenta hacer la actividad pero no lo consigue

4.- No hace al actividad solo

A.V.D.	GRADO
Higiene	
Vestido	
Comida	
Deambulaci3n	
Comunicaci3n	



Residencia "Juan Pablo II"
 Ctra. Alcorcón – Plasencia, km. 65
 Teléf 91 861 14 06
 Fax: 91 861 23 86
 residencia@lopezrumayor.es
 Apartado de Correos nº. 70
 28680 SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS
 (Madrid)

4.- SITUACIÓN CLINICA ACTUAL: ENFERMEDADES EN ACTIVO Y TRATAMIENTO

	OBSERVACIONES	TRATAMIENTO
RESPIRATORIO		
CARDIO - VASCULAR		
ENDOCRINOLOGÍA		
MÚSCULO ESQUELETICO		
GENITO – URINARIO		
ORG. SENTIDOS		
NEUROLÓGICO		
PSIQUIATRICO		

5-INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Intervención	Año

6.- ENFERMEDADES PADECIDAS

Enfermedad	Año

....., a.....de.....de 2.0.....

Firma y Sello con Nº de Colegiado

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. A tenor de dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, autorizo a FUNDACION LOPEZ RUMAYOR, Gran Vía, 40; 28013 Madrid (CIF: G78148426) www.lopezrumayor.es, para que lleve a efecto el tratamiento automatizado de los datos de carácter personal que se expresan en este documento o se deriven de su desarrollo, con la finalidad exclusiva de gestionar el ingreso en centro residencial, propiedad de dicha Fundación, denominado Residencia "Juan Pablo II". El responsable del fichero es la indicada Fundación, advirtiéndose de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la dirección citada.