



## 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.