
TITULO	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR	PROMAJOR
Fecha creación	01/05/2016	
Fecha revisión	00/00/0000	Página 1 de 11

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE LOS EQUIPOS MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR

TITULO	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR	PROMAJOR
Fecha creación	01/05/2016	
Fecha revisión	00/00/0000	Página 2 de 11

1 - OBJETO

El presente procedimiento tiene por objeto describir las actuaciones a realizar por los profesionales de los servicios sociales municipales ante el conocimiento o la sospecha de que una persona mayor pueda encontrarse en una posible situación de maltrato, pudiendo así, proporcionar la/s respuesta/s de atención mas adecuadas a la situación.

Los ámbitos en los que puede tener lugar el maltrato a las personas mayores es en la esfera familiar y/o doméstico, institucional y social.

Este procedimiento aborda la actuación ante los maltratos que se producen en el ámbito familiar y/o doméstico, que son los que habitualmente se desarrollan en las dinámicas familiares o en la red social más próxima de la persona mayor. Pretende dotar de procedimientos específicos e instrumentos necesarios, comunes y homogéneos, para la detección, valoración e intervención de todos los profesionales que participan en la atención social. Coordinando las actuaciones de los servicios implicados en el mismo.

2 - APLICACIÓN

La aplicación de este procedimiento no es de obligado cumplimiento para los profesionales de los equipos municipales de los servicios sociales, únicamente pretende ser un instrumento facilitador y orientativo tanto en las actuaciones a realizar como de los posibles instrumentos a utilizar a lo largo del proceso.

TITULO	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR	PROMAJOR
Fecha creación	01/05/2016	
Fecha revisión	00/00/0000	Página 3 de 11

3 – DEFINICIÓN / MARCO TEORICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la "Declaración de Toronto" para la prevención global del maltrato de las personas mayores, define el maltrato como *"la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona"*.

Desde esta consideración, se puede indicar la existencia de tres ejes centrales que conforman la identidad de los malos tratos en personas mayores:

- Un vínculo, a priori significativo y personalizado que genera expectativa de confianza.
- La intencionalidad o no intencionalidad (falta de acción u omisión)
- El resultado de daño o riesgo significativo de daño.

Los principales tipos de maltratos que podemos encontrar en las personas mayores son: físicos, psicológicos/emocionales, sexuales, financieros, negligencia, abandono y vulneración de los derechos fundamentales y autonegligencia.

- Maltrato físico

Es toda acción voluntaria que provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas en una persona mayor. El uso de la fuerza física puede dar lugar a una lesión corporal, a dolor físico o la pérdida de alguna función. Se incluyen dentro de este tipo de maltrato conductas/actos violentos como golpear, empujar, dar patadas, bofetadas, pellizcar y quemar. Dentro de este apartado se incluyen también la administración sin prescripción facultativa de fármacos o restricciones físicas.

- Maltrato psicológico o emocional

Se define como la aflicción de angustia, dolor emocional o pena producidos con actos verbales y no verbales. Incluye, entre otros, los insultos, los agravios, las amenazas, la intimidación, la humillación y el hostigamiento verbal. Tienen cabida en esta topología actitudes edadistas en forma de infantilismo, así como el aislamiento social que dificulta su caso a la persona mayor el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

TITULO	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR	PROMAJOR
Fecha creación	01/05/2016	Pagina 4 de 11
Fecha revisión	00/00/0000	

- Negligencia

Consiste en un acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (pasiva) en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (alimentación, higiene personal, atención sanitaria, tratamiento médico). Puede ser física, psicológica, económica.

- Abuso sexual

Consiste en el desarrollo de cualquier contacto de carácter sexual sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, o porque no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque ha sido llevado a cabo a través de engaño. Este maltrato puede ir desde el exhibicionismo hasta la agresión sexual física.

- Maltrato económico o financiero.

La utilización no autorizada e inapropiada de los fondos, propiedades u otros recursos de la persona mayor. Se incluye robo y hurto, obligarle a cambiar el testamento o firma de documentos, falsificación de firma, uso inapropiado de la tutela o curatela.

- Abandono

Se define como el desamparo/deserción por parte de las personas integrantes en el núcleo familiar o figuras legales que han asumido la responsabilidad de cuidar a la persona mayor que tienen a su cargo.

- Vulneración de los derechos

Todos los maltratos comprenden una vulneración de los derechos de las personas mayores. En este apartado se incluyen aquellos no considerados en otros tipos, como la falta de respeto a la autonomía personal para la toma de decisiones, a las opiniones y valores, así como a preservar su intimidad o privacidad.

- Auto-negligencia

Se define como las situaciones en las que los comportamientos de una persona mayor amenazan su propia salud o seguridad.

TITULO	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR	PROMAJOR
Fecha creación	01/05/2016	Página 5 de 11
Fecha revisión	00/00/0000	

4 – LEGISLACIÓN

Tanto en el ámbito internacional como en el estatal existen gran variedad de declaraciones, planes y dictámenes que establecen orientaciones y directrices en beneficio de las personas mayores en situaciones de maltrato, pero aun **no existe en la actualidad, una ley reguladora específica del maltrato de las personas mayores.**

En este sentido cabe destacar entre la normativa existente:

Ámbito Internacional:

- Principios de las Naciones Unidas (1991) en favor de las personas de edad avanzada.
- Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea (2000,2007).
- II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento (2002).
- Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas (2002).
- Declaración de Toronto para la prevención Global del maltrato sobre las personas mayores (2002).
- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo (CESE) sobre los "maltratos infligidos a las personas de edad avanzada" (2008).

Ámbito Estatal:

- La Constitución Española, art. 9, 10, 14, 15, 17, 18, 24, 50.
- Código Penal (ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre) art. 147-153, 163, 165, 166, 169, 171,172, 173, 195, 226, 228-232, 234-253.
- Código Civil (Real Decreto de 24 julio 1889) art. 142-153, Título IX Y X (incapacidad y tutela).
- Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000 de 7 de enero).
- ley de Enjuiciamiento Criminal promulgada por RD de 14 septiembre 1982.
- Ley 39/2009, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima.
- Ley 1/2004 de 28 de diciembre de medidas de Protección Integral contra la Violencia de genero

Ámbito Autonómico:

- Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana.
- Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.
- Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana

TITULO	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR	PROMAJOR
Fecha creación	01/05/2016	
Fecha revisión	00/00/0000	Página 6 de 11

5 – RESPONSABILIDAD

De conformidad con el art. 259 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, la persona que presencie la perpetración de cualquier delito público esta obligada a ponerlo en conocimiento del Juez o funcionario Fiscal mas próximo. Igualmente esta obligación se establece en el art. 262 para aquellas personas que por razón de su cargo, profesión u oficio tuvieran noticias de algún delito público.

6 - CARÁCTER

Dado el destino y finalidad de esta intervención, se reconoce con este procedimiento su carácter prioritario y relevante y por tanto la importancia de una rápida actuación ante la detección de una situación de riesgo. Supone intervenir en el entorno familiar para disminuir/eliminar los factores de riesgos detectados y promover los factores de protección de la persona mayor.

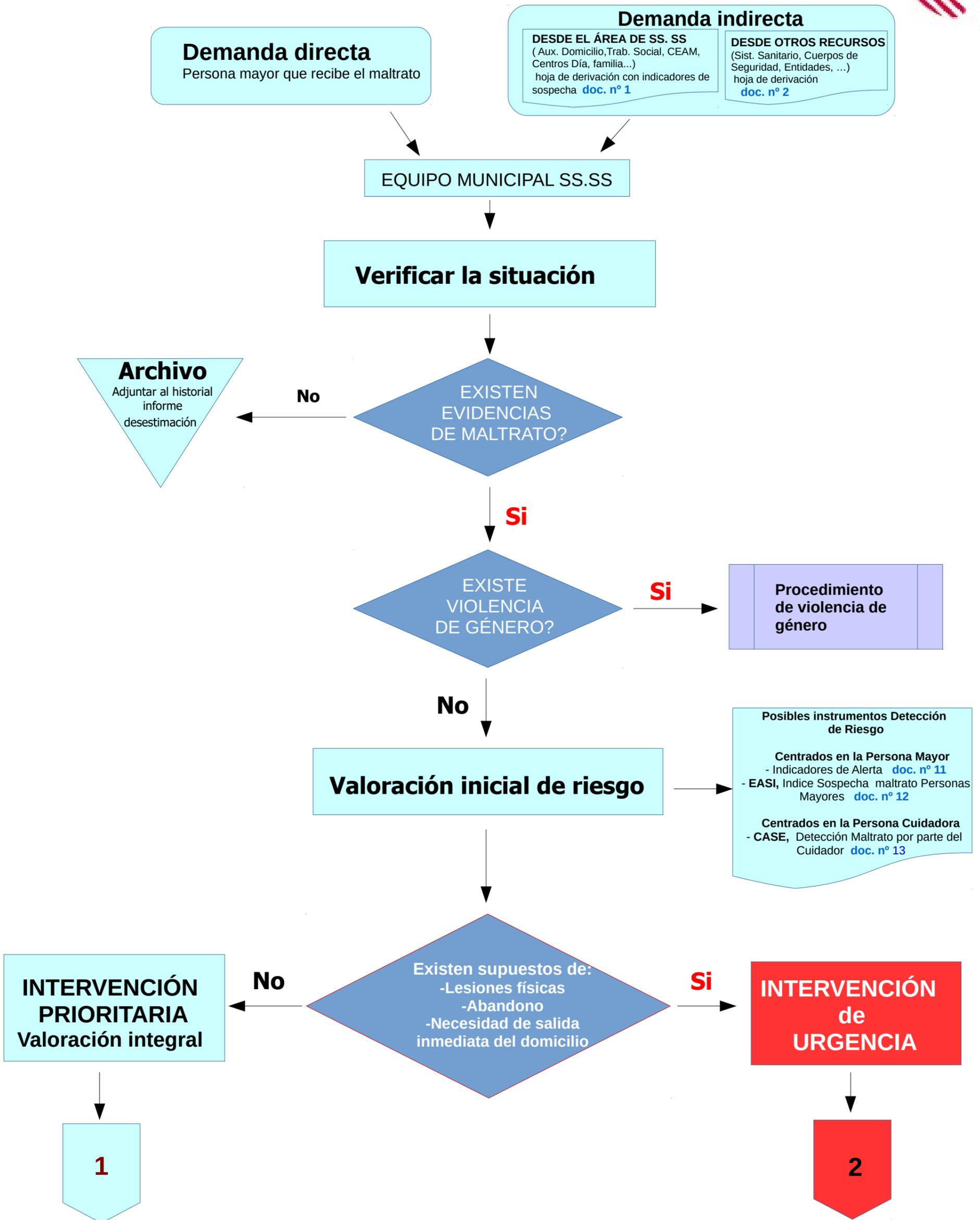
7 - TEMPORALIDAD

Este procedimiento tendrá lugar en cualquier momento que el equipo municipal de Servicios Sociales tenga conocimiento que una persona mayor pueda encontrarse en situación de maltrato o riesgo de maltrato.

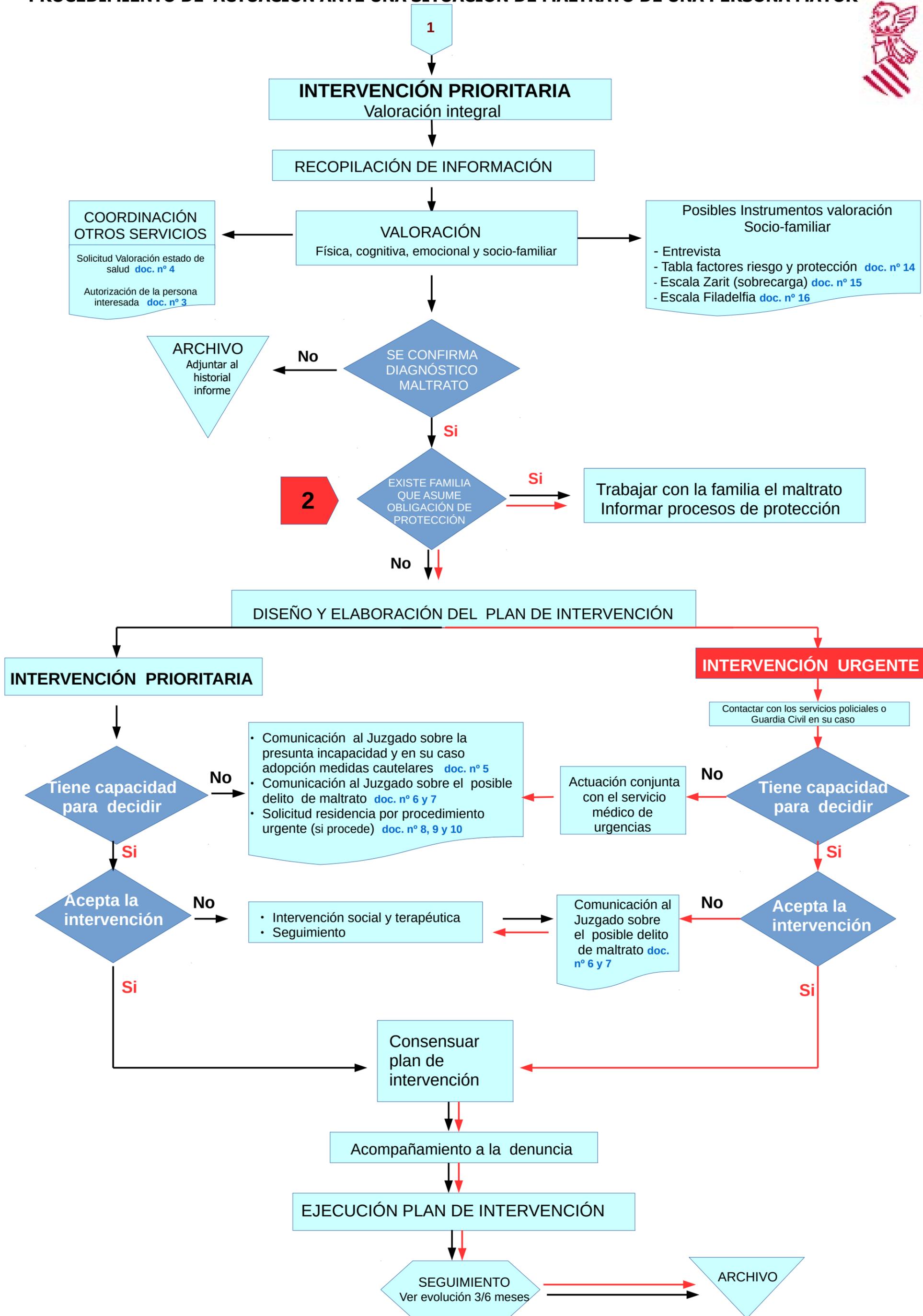
8 - SISTEMA OPERATIVO

El procedimiento de actuación ante una posible situación de maltrato de una persona mayor, se describe mediante un diagrama de flujo, cuadros descriptivos de las acciones que contienen, así como de los posibles documentos orientativos o necesarios en la intervención a lo largo de todo el proceso.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR



PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR



TITULO	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR	PROMAJOR
Fecha creación	01/05/2016	
Fecha revisión	00/00/0000	Página 9 de 11

10- BIBLIOGRAFIA:

Eusko Jaurlaritz. Enplegu Eta Gizarte Politiketako Saila. 2015. Procedimiento de Prevención y Detección de malos tratos físicos y económicos a Personas Mayores en la CAPV. Disponible en:

<http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/información/publicaciones/s/es publica/adjuntos/personas%20mayores web.pdf>.

Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Obra Social la Caixa. Els Maltractaments a les Persones Grans. Guia per a la Detecció i per a l'Acció. Disponible en:

http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/04gentgran/maltractaments_persones_grans/documents/guia_per_accio_deteccio.pdf.

Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. 2012. Protocol Marc i Orientacions d'Actuació contra els Maltractaments a les Persones. Disponible en:

[file:///C:/Users/User/Downloads/proposta_protocol_maltractaments_gent_gran%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/proposta_protocol_maltractaments_gent_gran%20(1).pdf) .

Iborra Marmolejo, I. (2005). *Violencia contra personas mayores* (1a ed.). Barcelona: Ariel.

Javato Martín, M., de Hoyos Sancho, M., y Conde-Pumpido Tourón, C. (2010). *Violencia, abuso y maltrato de personas mayores: Perspectiva jurídico-penal y procesal*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Moya Bernal, A. y Barbero Gutiérrez, J. (coords) (2005). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

TITULO	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR	PROMAJOR
Fecha creación	01/05/2016	
Fecha revisión	00/00/0000	Página 10 de 11

Organización Mundial de la Salud (2003). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Ginebra. Disponible en: http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaración_Espanol.pdf. (Consultado el 20 de Abril 2016).

Touza Garma, C. (Dir.), Segura García, P., Prado Novoa, C., Ballester Brege, L., March Cerdà, M. (2009). *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia*. Madrid: Ediciones Pirámide

Xunta de Galicia. Secretaría Xeral de Política Social.2011. Guía de actuación coordinada contra o maltrato de persoas maiores ou adultas con discapacide. Disponible en: <http://politicasocial.xunta.gal/web/portal/guias>.

TITULO	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DE UNA PERSONA MAYOR	PROMAJOR
Fecha creación	01/05/2016	
Fecha revisión	00/00/0000	Pagina 11 de 11

11- INDICE MODELO DOCUMENTOS ANEXOS:

A - Fichas descriptivas del proceso

- Fichas descriptivas del proceso

B - Modelos documentos para el procedimiento

- DOC. nº 1 Hoja comunicación de posible situación de maltrato desde recursos del area de SS.SS al CMSS.
- DOC. nº 2 Hoja comunicación de posible situación de maltrato al CMSS
- DOC. nº 3 Autorización persona interesada a compartir información con los profesionales de los servicios sanitarios.
- DOC. nº 4 Solicitud valoración del estado de salud.
- DOC. nº 5 Comunicación al Juzgado sobre presunta incapacidad.
- DOC. nº 6 Comunicación al Juzgado sobre posible delito de maltrato.
- DOC. nº 7 Informe social comunicación al juzgado.

C - Modelos de ingresos urgentes en residencias

- DOC. nº 8 Solicitud ingreso residencia procedimiento de urgencia.
- DOC. nº 9 Informe social ingreso residencia.
- DOC. nº 10 Teléfonos contactos en las Direcciones Territoriales para ingreso en residencia por procedimiento de urgencia.

D - Modelos de Instrumentos de apoyo al procedimiento.

D-1 Modelos para la detección del riesgo

- DOC. nº 11 Registro indicadores de alerta.
- DOC. nº 12 EASI, Indice Sospecha de Maltrato a Persona Mayor
- DOC. nº 13 CASE, Detección de maltrato por parte del cuidador.

D-2 Modelo de Instrumentos para la valoración socio-familiar

- DOC. nº 14 Tabla factores de riesgo y protección.
- DOC. nº 15 Escala Zarit (sobrecarga)
- DOC. nº 16 Escala Filadelfia.

FICHAS DESCRIPTIVAS DEL PROCESO

DETECCIÓN	
Objetivos	
<p>Reconocer, identificar y visualizar la situación de maltrato. Analizar y valorar posibles situaciones de maltrato.</p>	
Actuaciones Prioritarias	
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista con la Persona Mayor. • Entrevista con la presunta persona responsable del maltrato. • Registro indicadores de alerta. • Coordinación con los servicios de derivación o implicados en la detección. • Valoración y determinación inicial de riesgo. • Identificar posibles barreras en el proceso de detección. 	
Posibles Instrumentos a utilizar	
<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de de derivación desde el área de servicios sociales. • Hoja de derivación desde otros recursos. • Indicadores de alerta. • EASI, índice sospecha maltrato a personas mayores. • CASE, detección maltrato por parte del cuidador. 	

DIAGNÓSTICO /VALORACIÓN

Objetivos

Confirmar o no la sospecha de maltrato inicial, realizando una valoración integral de la Persona Mayor que permita identificar claramente el/los tipo/s de maltrato que nos permitirán hacer un diagnóstico y pronóstico de la situación.

Actuaciones Prioritarias

- Recoger la información de la situación de forma exhaustiva valorando la situación desde una perspectiva física, cognitiva, emocional y socio-familiar.
- Coordinación con otros servicios implicados en la valoración.
- Realizar diagnóstico y pronóstico de la situación.
- Determinar la urgencia de la situación.
- Valorar la capacidad de la Persona Mayor y su situación de dependencia.
- Establecer contacto con el entorno familiar o red de apoyo social de la Persona Mayor.

Posibles Instrumentos a utilizar

- Entrevista en profundidad.
- Tabla factores de riesgo y protección.
- Escala de Zarit (sobrecarga).
- Escala Filadelfia (calidad de vida).
- Informes de otros servicios.
- Solicitud de coordinación/valoración del área sanitaria.
- Autorización de la persona interesada a compartir información con los profesionales de los servicios sanitarios.
- Solicitud de valoración del estado de salud.

INTERVENCIÓN PRIORITARIA

Objetivos

Eliminar y reducir el proceso o las consecuencias de la situación de maltrato ya establecido, minimizando las secuelas y sufrimientos causados.

Actuaciones Prioritarias

- Garantizar la seguridad de la Persona Mayor.
- Proporcionar la asistencia inicial necesaria (ej. contención emocional, atención sanitaria sobre cuidados básicos, atención psicológica).
- Informar a la Persona Mayor y en su caso al entorno familiar de los procesos, recursos y actuaciones a desarrollar.
- Coordinación con otras áreas de atención para la elaboración, implementación y seguimiento del plan de intervención.
- Acompañar en los procesos y en la toma de decisiones a la Persona Mayor y al entorno familiar en su caso.
- Implicar al entorno familiar y a la red de apoyo social.
- Implicar, en la medida de lo posible, en el proceso de actuación a la presunta persona responsable del maltrato proporcionando pautas y orientaciones.

Posibles Instrumentos a utilizar

- Entrevistas.
- Comunicación de presunta incapacidad (si procede).
- Comunicación al juzgado sobre el posible delito de maltrato.
- Cumplimentación del informe social de remisión.
- Solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia. Procedimiento urgencia.
- Informes de otras áreas para acreditar la situación ante las comunicaciones con el sistema judicial.

INTERVENCIÓN URGENTE

Objetivos

Proporcionar la intervención inmediata cuando exista una situación de peligro inminente relacionada con la integridad física o necesidad de salida del domicilio. La intervención y actuación de los profesionales han de estar encaminadas al cese de la situación de maltrato procurando separar a la Persona Mayor de la presunta persona responsable del maltrato.

Actuaciones Prioritarias

- Localización de la red de apoyo familiar.
- Contactar con los servicios sanitarios de urgencia y de seguridad pública, si procede.
- Valorar la necesidad inmediata de salida inminente del domicilio.
- Si existe la necesidad de ingreso en residencia, derivar a la D. Territorial de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas quien adjudicará el recurso necesario de urgencia.
- Comunicación al juzgado sobre posible delito de maltrato.
- Comunicar si procede la presunta situación de incapacidad y en su caso la adopción de medidas cautelares.

Posibles Instrumentos a utilizar

- Comunicación de presunta incapacidad y en su caso adopción de medidas cautelares.
- Comunicación al juzgado sobre el posible delito de maltrato.
- Solicitud de residencia por procedimiento urgente.

**HOJA DE COMUNICACIÓN DE POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO DESDE RECURSOS DEL ÁREA DE
SS.SS AL CENTRO MUNICIPAL DE SERVICIOS SOCIALES**

1

SERVICIO/ENTIDAD	POBLACIÓN	TELÉFONO
Email:		
Profesional autor informe:		
Fecha de realización		

DATOS IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA MAYOR			
Nombre y Apellidos		Fecha de nacimiento	DNI
Sexo	Nacionalidad	Grado dependencia	Nº Exp dependencia

DATOS IDENTIFICACIÓN FAMILIA/		
Relación familiar	Nombre y Apellidos	Sospecha posible responsable del maltrato
Cónyuge		<input type="checkbox"/>
Pareja		<input type="checkbox"/>
Hijo/a		<input type="checkbox"/>
Cuidador/a habitual		<input type="checkbox"/>
Otros:		<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN QUE MOTIVÓ LA COMUNICACIÓN Y TIPO DE MALTRATO

Descripción de la situación

Tipo de maltrato	Observado	Manifestado
<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psicológico o emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Negligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abusos sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Económico o financiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vulneración de los derechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autonegligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

INDICADORES DE ALERTA:

	Observado	Manifestado
Maltrato físico		
Caidas reiteradas inexplicables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heridas y contusiones en diferentes partes del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas o luxaciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones de difícil explicación o contradicciones sobre sus causas que las produjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mala conservación de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcas de sujeciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida traumática del cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobredosis o infradosis de medicación en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Búsqueda de atención sanitaria en diferentes profesionales o centros de atención sanitaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demanda excesiva de recetas médicas, o bien falta de seguimiento de los tratamientos médicos y farmacológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maltrato sexual		
Queja de agresión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones genitales inexplicables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones en zonas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ropa interior rasgada, manchada de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre o rasguños en la zona genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamientos sexuales desinhibidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechazo al contacto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maltrato psicológico/emocional (discriminar la existencia de deterioro cognitivo)		
Autovaloración baja o negativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitación, ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angustia, miedo, actitud temerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatía, pasividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negación, actitudes contradictorias o ambivalentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para decidir cualquier cosa o necesidad de consulta para todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislamiento. No relación con su entorno (familiares, vecinos, amigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No facilitar a la persona mayor los objetos básicos para vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escasa o nula intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infantilización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultos, humillación, trato indiferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renuncia o dificultades para hablar abiertamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICADORES DE ALERTA:		
	Observado	Manifestado
Maltrato económico		
Cambios en el testamento o de títulos de propiedad o transmisión de poderes a favor de nuevos amigos o miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detrimento progresivo del nivel de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No abono de facturas, deudas y gastos anormales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desaparición de joyas y otros efectos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de patrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demanda no justificada de incapacidad de la persona mayor por parte de familiares o personas vinculadas a ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interés inusual por hacerse cargo de la persona mayor o de la gestión de su patrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimientos inusuales en cuentas o tarjetas de crédito de la persona mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios repentinos de cuentas bancarias o traspaso a otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venta fraudulenta y engañosa y/o estafa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración de documentos para que firme la persona mayor pero que ella no puede explicar o entender el propósito de éstos, falsificación de su firma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negligencia		
Aspecto personal descuidado o en mal estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrición o malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene corporal deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotermia o hipertermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de prótesis auditivas, dentales, gafas, andadores si son necesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud sin tratamiento o cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ropa inadecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras de decúbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de una vivienda en condiciones de habitabilidad o con suciedad, acumulación de basura o malos olores o con elementos peligrosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La persona mayor manifiesta abandono o falta de atención por parte de la persona encargada del cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono		
Abandono de la persona mayor en una institución(hospital o centro residencial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono de la persona mayor en centros comerciales o lugares públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar sola durante largo tiempo a la persona mayor dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonegligencia		
Aspecto personal descuidado o en mal estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrición o malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene corporal deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No viste adecuadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de una vivienda en condiciones de habitabilidad o con suciedad, acumulación de basura o malos olores o con elementos peligrosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de prótesis auditivas, dentales, gafas, andadores si son necesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número excesivo de animales domésticos en el domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICADORES DE ALERTA:

	Observado	Manifestado
Vulneración de derechos		
Censura de correspondencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de respeto a la libertad y a la intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de consideración de los deseos o decisiones de la persona mayor sobre aspectos vitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato discriminatorio o desconsiderado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobbing inmobiliario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indicadores asociados a la persona que ejerce el posible maltrato		
Abusos de sustancias tóxicas como alcohol, fármacos o otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para resolver situaciones difíciles y estresantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con antecedentes de violencia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parece no tener las capacidades o conocimientos necesarios para cuidar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrecarga física y emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislamiento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia de la víctima: económica, de vivienda u otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percibe el cuidado de la persona mayor como una carga que no desea asumir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación excesiva por el dinero (coste que genera el cuidado de la persona mayor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca esta en el domicilio o nunca se pone en contacto con el profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es verbalmente abusivo/a, controlador/ra, muestra una actitud defensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indiferencia, menosprecio y/o colera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impide que la persona mayor se relacione con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No deja responder a la persona mayor, responde en su lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contradicciones importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olvida intencionadamente las citas o las visitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS:

4

DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA:

--

5

OTROS DATOS DE INTERÉS:

--

Fecha: _____, _____ de _____ de _____

Firma : _____

**HOJA DE COMUNICACIÓN DE POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO
AL CENTRO MUNICIPAL DE SERVICIOS SOCIALES**

SERVICIO/ENTIDAD	POBLACIÓN	TELÉFONO
E-mail:		
Profesional autor informe:		
Fecha de realización		

DATOS IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA MAYOR			
Nombre y Apellidos		Fecha de nacimiento	DNI
Sexo	Nacionalidad	Dependencia/Grado	Nº Exp

DATOS IDENTIFICACIÓN FAMILIA/		
Relación familiar	Nombre y Apellidos	Sospecha posible responsable del maltrato
Conyuge		<input type="checkbox"/>
Pareja		<input type="checkbox"/>
Hijo/a		<input type="checkbox"/>
Cuidador/a habitual		<input type="checkbox"/>
Otros:		<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN QUE MOTIVO LA COMUNICACIÓN Y TIPO DE MALTRATO

Descripción de la situación

Tipo de maltrato	Observado	Manifestado
<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psicológico o emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Negligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Económico o financiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vulneración de los derechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autonegligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS:

2

DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA:

3

- Registro de Indicadores de Alerta (Doc. nº 11)
- Otros:.....

OTROS DATOS DE INTERÉS:

4

Fecha: _____, _____ de _____ de _____

Firma : _____

**DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE DATOS PERSONALES CON
LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

Yo _____
mayor de edad, con número de DNI _____ autorizo a LOS
SERVICIOS SOCIALES, y en concreto a D/D^a _____
_____ a dar mi nombre, apellidos y datos de
contacto a los servicios sanitarios de _____ para
que puedan localizarme con el fin de valorar mis necesidades de cuidado y
prestarme las intervenciones necesarias para mejorar mi salud y evitar daños en la
misma.

REPRESENTANTE (nombre y apellidos) _____
_____ con DNI _____ en
calidad de FAMILIAR / REPRESENTANTE DE D/D^a _____
_____ autorizo a informar de sus datos de
identificación a los profesionales sanitarios.

Firmado en, _____ el día _____

Persona Usuaría

Familiar / Representante

Profesional

SOLICITUD VALORACIÓN ESTADO DE SALUD AL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

A DATOS DEL CENTRO MUNICIPAL DE SERVICIOS SOCIALES	
Domicilio	
Profesional	
Fecha	

B DATOS DEL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA	
Domicilio:	
C.P:	Población
Coordinador del Equipo	
T.S. Sanidad	

C DATOS DE LA PERSONA MAYOR EN POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO		
Nombre:	1 ^{er} Apellido:	2 ^o Apellido:
DNI:	Sexo:	Fecha de nacimiento
Domicilio actual:		
C.P:	Población:	

D MOTIVO DE LA DERIVACIÓN	
Se han observado algunos cambios en la salud o cuidados de la persona indicada en el apartado anterior que hacen pensar que pueda sufrir <u>daños / maltrato</u> , por todo ello se requiere informe de confirmación o negación.	

E INDICADORES DETECTADOS	

F	OTROS DATOS DE INTERÉS

G	ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS

_____, _____ de _____ de 20____

Firma: _____

COMUNICACIÓN DE POSIBLE INCAPACIDAD

JUZGADO DE 1ª INSTANCIA DE _____

_____, _____ de _____ de _____

De conformidad con el artículo 757.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, se pone en conocimiento la existencia de posible causa de incapacidad _____ de _____ D/Dña.

_____, con el fin de determinar su capacidad, el alcance de los apoyos y salvaguardias que precisa, así como de las medidas cautelares pertinentes.

Que a tal efecto se adjunta:

Informe social

Informe médico

Documento Nacional de Identidad

Certificado de nacimiento

Otros _____

Por la Entidad Local o por los SS.SS Municipales de _____

Profesional _____

Nº Colegiado _____

COMUNICACIÓN DE POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO

AL JUZGADO DE INSTRUCCIÓN / JUZGADO DE GUARDIA _____

_____, ____ de ____ de ____

De conformidad con el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, se pone en conocimiento la existencia de posible situación de malos tratos de D./Dña. _____, con la finalidad de proceder con las actuaciones pertinentes y en su caso se disponga de las medidas cautelares oportunas.

Que a tal efecto se adjunta:

Informe social

Informe médico/Parte de lesiones

Documento Nacional de Identidad

Otros _____

Por la Entidad Local o por los SS.SS Municipales de _____

Profesional _____

Nº Colegiado _____

INFORME SOCIAL COMUNICACIÓN AL JUZGADO

A – DATOS DEL PROFESIONAL Y DEL CENTRO

SERVICIO/ENTIDAD	POBLACIÓN	TELÉFONO
E-mail:		
Profesional autor informe:		
Puesto	Fecha de realización	

B – DATOS IDENTIFICACIÓN PERSONA MAYOR

Nombre:	Apellidos:	
DNI:	Sexo:	Fecha de nacimiento
Domicilio actual:		
C.P:	Población:	

C - TIPOS DE MALTRATO DETECTADO

Tipos de maltrato	Observado	Manifestado
Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicológico o emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Económico o financiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vulneración de los derechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonegligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D – DATOS DE LA PRESUNTA PERSONA RESPONSABLE DEL MALTRATO

Nombre:
Relación con la persona maltratada
Persona con la que convive
Datos de contacto

E - RED DE APOYO (Familiar, institucional, comunitaria, amistad, voluntario)

Se desconoce o no tiene red de apoyo

Nombre y apellidos	Relación con P. Mayor	Domicilio	Telf	Tipo de apoyo

F – PROCESO DE LA SITUACIÓN DE MALTRATO

F1 – Detección / Verificación del maltrato (Quién, como)

F2 – Antecedentes de maltrato

F3 – Actuaciones realizadas

G – VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN

H - INFORMACIÓN A LA PERSONA INTERESADA

- Ha sido informada del contenido del informe y de su presentación al Juzgado/Fiscalía
- Ha manifestado su conformidad
 - Ha manifestado su disconformidad
- No ha sido informada del contenido del informe y de su presentación al Juzgado/Fiscalía
(indicar motivos)

I - DOCUMENTACIÓN APORTADA

_____, _____ de _____ de 20__

Firma: _____

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
NIF	SEXE / SEXO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL		SIP
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO					

**B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL O PERSONA GUARDADORA DE FET
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA GUARDADORA DE HECHO**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
NIF	SEXE / SEXO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL		
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO					

RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT / RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE

- Representant legal
Representando legal

 Guardador de fet
Guardador de hecho

**C DOMICILI A EFECTE DE NOTIFICACIONS (No cal si coincidix amb l'anterior)
DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES (No hace falta si coincide con el anterior)**

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO					

**D DADES DE LA PERSONA ACOMPANYANT
DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
NIF	SEXE / SEXO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL		SIP
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO					

E SERVEI I CENTRES QUE SOL·LICITA / SERVICIO Y CENTROS QUE SOLICITA

- Residència
Residencia

 Centre de dia
Centro de día
- Tots els centres residencials de la Comunitat Autònoma
Todos los centros residenciales de la Comunitat Autònoma
- Tots els centres residencials de la/es Província/es de:
Todos los centros residenciales de la/s Provincia/s de:
- Tots els centres residencials de l'àrea geogràfica
Todos los centros residenciales del área geográfica
- Solament els centres residencials seleccionats preferentment
Solo los centros residenciales seleccionados preferentemente

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
NIF	SEXE / SEXO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL		SIP
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO					

**B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL O PERSONA GUARDADORA DE FET
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA GUARDADORA DE HECHO**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
NIF	SEXE / SEXO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL		
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO					

RELACIÓ AMB LA PERSONA SOL·LICITANT / RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE

- Representant legal
Representando legal

 Guardador de fet
Guardador de hecho

**C DOMICILI A EFECTE DE NOTIFICACIONS (No cal si coincidix amb l'anterior)
DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES (No hace falta si coincide con el anterior)**

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO					

**D DADES DE LA PERSONA ACOMPANYANT
DATOS DE LA PERSONA ACOMPAÑANTE**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
NIF	SEXE / SEXO	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	ESTAT CIVIL / ESTADO CIVIL		SIP
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)					CP
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO		MÒBIL / MÓVIL
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO					

E SERVEI I CENTRES QUE SOL·LICITA / SERVICIO Y CENTROS QUE SOLICITA

- Residència
Residencia

 Centre de dia
Centro de día
- Tots els centres residencials de la Comunitat Autònoma
Todos los centros residenciales de la Comunitat Autònoma
- Tots els centres residencials de la/es Província/es de:
Todos los centros residenciales de la/s Provincia/s de:
- Tots els centres residencials de l'àrea geogràfica
Todos los centros residenciales del área geográfica
- Solament els centres residencials seleccionats preferentment
Solo los centros residenciales seleccionados preferentemente

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CHAP - IAC

DIN - A4

E SERVEI I CENTRES QUE SOL·LICITA / SERVICIO Y CENTROS QUE SOLICITA (Cont.)

	Nom del Centre Residencial / Nombre del Centro Residencial	Localitat / Localidad	Província / Provincia
1			
2			
3			

**F AUTORITZACIÓ D'ACCÉS A DADES DEL SOL·LICITANT
AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS DEL SOLICITANTE**

La persona sol·licitant dona la seua autorització perquè la Conselleria competent en matèria de persones majors realitze les verificacions, consultes i accés a dades necessàries que es troben en poder d'altres Administracions Públiques exclusivament a l'efecte de l'assignació d'un servei d'atenció social i per al seguiment i control del mateix.

La persona solicitante da su autorización para que la Consellería competente en materia de personas mayores realice las verificaciones, consultas y acceso a datos necesarios que se encuentran en poder otras Administraciones Públicas exclusivamente a efectos de la asignación de un servicio de atención social y para el seguimiento y control del mismo.

 Autoritze
Autorizo

 No Autoritze
No Autorizo

**G AUTORITZACIÓ ACCÉS A DADES DELS MEMBRES DE LA UNITAT FAMILIAR
AUTORIZACIÓN ACCESO A DATOS DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

La/es persona/es firmant/s dona/en la seua autorització perquè la Conselleria competent en matèria de persones majors realitze les verificacions, consultes i accés a dades necessàries existents en els fitxers de l'Agència Estatal d'Administració Tributària i de l'Institut Nacional de Seguretat Social.

La/s persona/s firmante/s da/an su autorización para que la Consellería competente en materia de personas mayores realice las verificaciones, consultas y acceso a datos necesarios existentes en los ficheros de la Agencia Estatal de Administración Tributaria y del Instituto Nacional de Seguridad Social.

Parentiu amb la persona sol·licitant Parentesco con la persona solicitante	Nom i cognoms del cònjuge, parella de fet i / o fills a càrrec Nombre y apellidos del cónyuge, pareja de hecho y / o hijos a cargo	NIF	Data de naixement Data de nacimiento	Firma

**H DECLARACIÓ RESPONSABLE
DECLARACIÓN RESPONSABLE**

La persona sol·licitant o el seu representant declara, davall la seua responsabilitat que són certs les dades consignades en la present sol·licitud.
La persona solicitante o su representante declara, debajo su responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.

_____, ____ d _____ de _____
La persona sol·licitant
La persona solicitante

_____, ____ d _____ de _____
La persona representant legal
La persona representante legal

_____, ____ d _____ de _____
La persona guardadora de fet
La persona guardadora de hecho

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

**SITUACIÓ D'ESPECIAL NECESSITAT
SITUACIÓN DE ESPECIAL NECESIDAD**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emergència social
<i>Emergencia social</i> | <input type="checkbox"/> Procediment d'urgència
<i>Procedimiento de urgencia</i> |
| <input type="checkbox"/> Exclusió social
<i>Exclusión social</i> | |
| <input type="checkbox"/> Urgència socio-sanitària
<i>Urgencia socio-sanitaria</i> | |
| <input type="checkbox"/> Reagrupació familiar
<i>Reagrupación familiar</i> | |
| <input type="checkbox"/> Persones majors autònomes
<i>Personas mayores autónomas</i> | |

ESPECIFICAR EL MOTIU / ESPECIFICAR EL MOTIVO

**A DADES IDENTIFICACIÓ USUÀRIA/USUARI
DATOS IDENTIFICACIÓN USUARIA/USUARIO**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	NIF
---------------------------------	---------------------------------	--------------	-----

PERSONA DE CONTACTE / PERSONA DE CONTACTO

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE
---------------------------------	---------------------------------	--------------

TELÈFON 1 / TELÉFONO 1

TELÈFON 2 / TELÉFONO 2

**B SITUACIÓ SOCIO-FAMILIAR
SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR**
1.1 SITUACIÓ DE CONVIVÈNCIA / SITUACIÓN DE CONVIVENCIA
SITUACIÓ FAMILIAR / SITUACIÓN FAMILIAR

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Viu amb família sense dependència física/psíquica
<i>Vive con familia sin dependencia física/psíquica</i> |
| <input type="checkbox"/> Viu amb cònjuge de semblant edat
<i>Vive con cónyuge de parecida edad</i> |
| <input type="checkbox"/> Viu amb família i/o cònjuge i presenta algun grau de dependència
<i>Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia</i> |
| <input type="checkbox"/> Viu a soles i té fills pròxims
<i>Vive a solas y tiene hijos próximos</i> |
| <input type="checkbox"/> Viu a soles i no té fills o conviuen allunyats
<i>Vive a solas y no tiene hijos o conviven alejados</i> |
| <input type="checkbox"/> La persona viu rotant per diversos domicilis de fills/as o d'altres familiars. Especificar:
<i>La persona vive rotando por varios domicilios de hijos/as u otros familiares. Especificar:</i> |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> La persona es troba en una institució:
<i>La persona se encuentra en una institución:</i> |
|---|

 Centre residencial privat
Centro residencial privado
 Hospital

 Altres
Otros

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> La persona no té un allotjament
<i>La persona no tiene un alojamiento</i> |
|---|

**SITUACIÓ D'ESPECIAL NECESSITAT
SITUACIÓN DE ESPECIAL NECESIDAD**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emergència social
<i>Emergencia social</i> | <input type="checkbox"/> Procediment d'urgència
<i>Procedimiento de urgencia</i> |
| <input type="checkbox"/> Exclusió social
<i>Exclusión social</i> | |
| <input type="checkbox"/> Urgència socio-sanitària
<i>Urgencia socio-sanitaria</i> | |
| <input type="checkbox"/> Reagrupació familiar
<i>Reagrupación familiar</i> | |
| <input type="checkbox"/> Persones majors autònomes
<i>Personas mayores autónomas</i> | |

ESPECIFICAR EL MOTIU / ESPECIFICAR EL MOTIVO

**A DADES IDENTIFICACIÓ USUÀRIA/USUARI
DATOS IDENTIFICACIÓN USUARIA/USUARIO**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE	NIF
---------------------------------	---------------------------------	--------------	-----

PERSONA DE CONTACTE / PERSONA DE CONTACTO

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE
TELÈFON 1 / TELÉFONO 1	TELÈFON 2 / TELÉFONO 2	

**B SITUACIÓ SOCIO-FAMILIAR
SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR**
1.1 SITUACIÓ DE CONVIVÈNCIA / SITUACIÓN DE CONVIVENCIA
SITUACIÓ FAMILIAR / SITUACIÓN FAMILIAR

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Viu amb família sense dependència física/psíquica
<i>Vive con familia sin dependencia física/psíquica</i> |
| <input type="checkbox"/> Viu amb cònjuge de semblant edat
<i>Vive con cónyuge de parecida edad</i> |
| <input type="checkbox"/> Viu amb família i/o cònjuge i presenta algun grau de dependència
<i>Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia</i> |
| <input type="checkbox"/> Viu a soles i té fills pròxims
<i>Vive a solas y tiene hijos próximos</i> |
| <input type="checkbox"/> Viu a soles i no té fills o conviuen allunyats
<i>Vive a solas y no tiene hijos o conviven alejados</i> |
| <input type="checkbox"/> La persona viu rotant per diversos domicilis de fills/as o d'altres familiars. Especificar:
<i>La persona vive rotando por varios domicilios de hijos/as u otros familiares. Especificar:</i> |
| <input type="checkbox"/> La persona es troba en una institució:
<i>La persona se encuentra en una institución:</i> |
| <input type="checkbox"/> Centre residencial privat
<i>Centro residencial privado</i> |
| <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Altres
<i>Otros</i> |
| <input type="checkbox"/> La persona no té un allotjament
<i>La persona no tiene un alojamiento</i> |

1.2 CARACTERÍSTIQUES DEL GRUP DE CONVIVÈNCIA (Emplenar només per a aquelles persones que residisquen en el seu domicili i convisquen amb més persones)
CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE CONVIVENCIA (Cumplimentar sólo para aquellas personas que residan en su domicilio y convivan con más personas)

 TIPUS DE RELACIÓ AMB LA FAMÍLIA (CONFLICTIVA, BONA, SENSE RELACIÓ, POSSIBLE NEGLIGÈNCIA, ALTRE.....)
 TIPO DE RELACIÓN CON LA FAMILIA (CONFLICTIVA, BUENA, SIN RELACIÓN, POSIBLE NEGLIGENCIA, OTRO.....)

1.3 SITUACIÓ PERSONAL / SITUACIÓN PERSONAL

 Té autonomia per a comunicar-se o valdre's per si mateix Sí No
 Tiene autonomía para comunicarse o valerse por si mismo

 Atenció que percep de les persones amb qui conviu (a emplenar si s'ha omplert l'apartat 1.2):
 Atención que percibe de las personas con quienes convive (a cumplimentar si se ha rellenado el apartado 1.2):

- Falta d'atenció o semi-abandó
Falta de atención o semi-abandono
- Aïllament afectiu
Aislamiento afectivo
- Sense integració familiar
Sin integración familiar
- Integrat
Integrado
- Amb bones relacions
Con buenas relaciones

1.4 RECURSOS SOCIALS EN LA LOCALITAT ON VIU EL SOL·LICITANT
RECURSOS SOCIALES EN LA LOCALIDAD DONDE VIVE EL SOLICITANTE

 De quins recursos disfruta el sol·licitant / De quin es demandant? Sense gaudir
 De cuál recursos disfruta el solicitante / De que es demandante? Sin disfrutar

- TA SAD Centres de dia
Centros de día Menjadors
Comedores Altres
Otros

 POSSIBILITAT D'ACCÉS ALS MATEIXOS (INDICAR)
 POSIBILIDAD DE ACCESO A LOS MISMOS (INDICAR)

C SITUACIÓ ECONÒMICA
SITUACIÓN ECONÓMICA
1.1 DEL SOL·LICITANT
DEL SOLICITANTE

	QUANTIA MENSUAL CUANTÍA MENSUAL
<input type="checkbox"/> Més de 1,5 vegades el salari mínim Más de 1,5 veces el salario mínimo	
<input type="checkbox"/> Des de 1,5 vegades el salari mínim fins el salari mínim exclusivament Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente	
<input type="checkbox"/> Des de el salari mínim a pensió mínima no contributiva Desde el salario mínimo a pensión mínima no contributiva	
<input type="checkbox"/> LISMI – FAS – Pensió no contributiva LISMI – FAS – Pensión no contributiva	
<input type="checkbox"/> Sense ingressos o inferiors a l'apartat anterior Sin ingresos o inferiores en el apartado anterior	

(1/2) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

 CHAP - IAC
DIN - A4

1.2 CARACTERÍSTIQUES DEL GRUP DE CONVIVÈNCIA (Emplenar només per a aquelles persones que residisquen en el seu domicili i convisquen amb més persones)
CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE CONVIVENCIA (Cumplimentar sólo para aquellas personas que residan en su domicilio y convivan con más personas)

 TIPUS DE RELACIÓ AMB LA FAMÍLIA (CONFLICTIVA, BONA, SENSE RELACIÓ, POSSIBLE NEGLIGÈNCIA, ALTRE.....)
 TIPO DE RELACIÓN CON LA FAMILIA (CONFLICTIVA, BUENA, SIN RELACIÓN, POSIBLE NEGLIGENCIA, OTRO.....)

1.3 SITUACIÓ PERSONAL / SITUACIÓN PERSONAL

 Té autonomia per a comunicar-se o valdre's per si mateix Sí No
 Tiene autonomía para comunicarse o valerse por si mismo

 Atenció que percep de les persones amb qui conviu (a emplenar si s'ha omplert l'apartat 1.2):
 Atención que percibe de las personas con quienes convive (a cumplimentar si se ha rellenado el apartado 1.2):

- Falta d'atenció o semi-abandó
Falta de atención o semi-abandono
- Aïllament afectiu
Aislamiento afectivo
- Sense integració familiar
Sin integración familiar
- Integrat
Integrado
- Amb bones relacions
Con buenas relaciones

1.4 RECURSOS SOCIALS EN LA LOCALITAT ON VIU EL SOL·LICITANT
RECURSOS SOCIALES EN LA LOCALIDAD DONDE VIVE EL SOLICITANTE

 De quins recursos disfruta el sol·licitant / De quin es demandant? Sense gaudir
 De cuál recursos disfruta el solicitante / De que es demandante? Sin disfrutar

- TA SAD Centres de dia
Centros de día Menjadors
Comedores Altres
Otros

 POSSIBILITAT D'ACCÉS ALS MATEIXOS (INDICAR)
 POSIBILIDAD DE ACCESO A LOS MISMOS (INDICAR)

C SITUACIÓ ECONÒMICA
SITUACIÓN ECONÓMICA
1.1 DEL SOL·LICITANT
DEL SOLICITANTE

	QUANTIA MENSUAL CUANTÍA MENSUAL
<input type="checkbox"/> Més de 1,5 vegades el salari mínim <i>Más de 1,5 veces el salario mínimo</i>	
<input type="checkbox"/> Des de 1,5 vegades el salari mínim fins el salari mínim exclusivament <i>Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente</i>	
<input type="checkbox"/> Des de el salari mínim a pensió mínima no contributiva <i>Desde el salario mínimo a pensión mínima no contributiva</i>	
<input type="checkbox"/> LISMI – FAS – Pensió no contributiva <i>LISMI – FAS – Pensión no contributiva</i>	
<input type="checkbox"/> Sense ingressos o inferiors a l'apartat anterior <i>Sin ingresos o inferiores en el apartado anterior</i>	

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CHAP - IAC

DIN - A4

**C SITUACIÓ ECONÒMICA
SITUACIÓN ECONÓMICA**
**1.2. DE LA UNITAT ECONÒMICA
DE LA UNIDAD ECONÓMICA**

- Precària econòmicament
Precaria económicamente
- Amb càrregues familiars (assenyalar quines)
Con cargas familiares (señalar qué)
- Sense ingressos fixos
Sin ingresos fijos
- Amb tots els membres treballant fora del domicili
Con todos los miembros trabajando fuera del domicilio
- Altres
Otros

OBSERVACIONS / OBSERVACIONES

**D VIVENDA
VIVIENDA**

- Adequada a necessitats
Adecuada a necesidades
- Barreres arquitectòniques en la vivenda o portal de la casa (escalons, portes estretes, banys, ...)
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (escalones, puertas estrechadas, baños, ...)
- Humitats, mala higiene, equipament inadequat (sense bany complet, aigua calenta, calefacció, ...)
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción, ...)
- Absència d'ascensor, telèfon
Ausencia de ascensor, teléfono
- Vivenda inadequada (xaboles, vivenda declarada en ruïna, absència d'equipaments mínims)
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)

**E RELACIONS SOCIALS
RELACIONES SOCIALES**

- Relacions socials
Relaciones sociales
- Relació social només amb família i veïns
Relación social sólo con familia y vecinos
- Relació social només amb família o veïns
Relación social sólo con familia o vecinos
- No ix del domicili, rep visites
No sale del domicilio, recibe visitas
- No ix i no rep visites
No sale y no recibe visitas

**F SUPORT DE LA XARXA SOCIAL
APOYO DE LA RED SOCIAL**

- Amb suport familiar i veïnal
Con apoyo familiar y vecinal
- Voluntariat social, ajuda domiciliària
Voluntariado social, ayuda domiciliaria
- No té suport
No tiene apoyo
- Pendent d'ingrés en residència geriàtrica
Pendiente de ingreso en residencia geriátrica
- Té cures permanents
Tiene cuidados permanentes

**C SITUACIÓ ECONÒMICA
SITUACIÓN ECONÓMICA**
**1.2. DE LA UNITAT ECONÒMICA
DE LA UNIDAD ECONÓMICA**

- Precària econòmicament
Precaria económicamente
- Amb càrregues familiars (assenyalar quines)
Con cargas familiares (señalar qué)
- Sense ingressos fixos
Sin ingresos fijos
- Amb tots els membres treballant fora del domicili
Con todos los miembros trabajando fuera del domicilio
- Altres
Otros

OBSERVACIONS / OBSERVACIONES

**D VIVENDA
VIVIENDA**

- Adequada a necessitats
Adecuada a necesidades
- Barreres arquitectòniques en la vivenda o portal de la casa (escalons, portes estretes, banys, ...)
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (escalones, puertas estrechadas, baños, ...)
- Humitats, mala higiene, equipament inadequat (sense bany complet, aigua calenta, calefacció, ...)
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción, ...)
- Absència d'ascensor, telèfon
Ausencia de ascensor, teléfono
- Vivenda inadequada (xaboles, vivenda declarada en ruïna, absència d'equipaments mínims)
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)

**E RELACIONS SOCIALS
RELACIONES SOCIALES**

- Relacions socials
Relaciones sociales
- Relació social només amb família i veïns
Relación social sólo con familia y vecinos
- Relació social només amb família o veïns
Relación social sólo con familia o vecinos
- No ix del domicili, rep visites
No sale del domicilio, recibe visitas
- No ix i no rep visites
No sale y no recibe visitas

**F SUPORT DE LA XARXA SOCIAL
APOYO DE LA RED SOCIAL**

- Amb suport familiar i veïnal
Con apoyo familiar y vecinal
- Voluntariat social, ajuda domiciliària
Voluntariado social, ayuda domiciliaria
- No té suport
No tiene apoyo
- Pendent d'ingrés en residència geriàtrica
Pendiente de ingreso en residencia geriátrica
- Té cures permanents
Tiene cuidados permanentes

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CHAP - IAC

DIN - A4

G **DIAGNÒSTIC
DIAGNÓSTICO****H** **PRONÒSTIC
PRONÓSTICO****I** **IDENTIFICACIÓ DEL TREBALLADOR SOCIAL QUE EMET L'INFORME
IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL QUE EMITE EL INFORME**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
NIF	NÚM COL·LEGIAT/DA NÚM COLEGIADO/DA	TELÈFON / TELÉFONO	MUNICIPI / MUNICIPIO	CP	

El/la Treballador/a Social

Firma: _____

G **DIAGNÒSTIC
DIAGNÓSTICO****H** **PRONÒSTIC
PRONÓSTICO****I** **IDENTIFICACIÓ DEL TREBALLADOR SOCIAL QUE EMET L'INFORME
IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL QUE EMITE EL INFORME**

PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO

SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO

NOM / NOMBRE

NIF

NÚM COL·LEGIAT/DA
NÚM COLEGIADO/DA

TELÈFON / TELÉFONO

MUNICIPI / MUNICIPIO

CP

El/la Treballador/a Social

Firma: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO DIRECCIONES TERRITORIALES PROCEDIMIENTO DE URGENCIA PARA INGRESO EN RESIDENCIA

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE ALICANTE	
UNIDAD ADMINISTRATIVA	TELÉFONO
SECCIÓN DE PERSONAS MAYORES	966478280
SERVICIO DE COORDINACIÓN DE LOS SS Y AUTONOMÍA PERSONAL	630010898
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CASTELLON	
UNIDAD ADMINISTRATIVA	TELÉFONO
SECCIÓN DE PERSONAS MAYORES	964726245
SERVICIO DE COORDINACIÓN DE LOS SS , AUTONOMÍA PERSONAL Y PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL	608279852
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE VALENCIA	
UNIDAD ADMINISTRATIVA	TELÉFONO
SECCIÓN DE PERSONAS MAYORES	961271596
SERVICIO DE COORDINACIÓN DE LOS SS Y AUTONOMÍA PERSONAL	628152388

REGISTRO DE INDICADORES DE ALERTA

SERVICIO/ENTIDAD/	POBLACIÓN	TELÉFONO
Email:		
Profesional autor informe:		Puesto:
Fecha de realización		
DATOS IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA MAYOR		
Nombre y Apellidos	Fecha de nacimiento	DNI
Sexo	Nacionalidad	Dependencia/Grado
		Nº Exp

	Observado	Manifestado
Maltrato físico		
Caídas reiteradas inexplicables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heridas y contusiones en diferentes partes del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas o luxaciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones de difícil explicación o contradicciones sobre sus causas que las produjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mala conservación de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcas de sujeciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida traumática del cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobredosis o infradosis de medicación en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Búsqueda de atención sanitaria en diferentes profesionales o centros de atención sanitaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demanda excesiva de recetas médicas, o bien falta de seguimiento de los tratamientos médicos y farmacológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Observado	Manifestado
Maltrato sexual		
Queja de agresión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones genitales inexplicables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones en zonas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ropa interior rasgada, manchada de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre o rasguños en la zona genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamientos sexuales desinhibidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechazo al contacto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Observado	Manifestado
Maltrato psicológico/emocional (discriminar la existencia de deterioro cognitivo)		
Autovaloración baja o negativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitación, ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angustia, miedo, actitud temerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatía, pasividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negación, actitudes contradictorias o ambivalentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para decidir cualquier cosa o necesidad de consulta para todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislamiento. No relación con su entorno (familiares, vecinos, amigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No facilitar a la persona mayor los objetos básicos para vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escasa o nula intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infantilización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insultos, humillación, trato indiferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renuncia o dificultades para hablar abiertamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maltrato económico		
Cambios en el testamento o de títulos de propiedad o transmisión de poderes en favor de nuevos amigos o miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detrimiento progresivo del nivel de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No abono de facturas, deudas y gastos anormales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desaparición de joyas y otros efectos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de patrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demanda no justificada de incapacidad de la persona mayor por parte de familiares o personas vinculadas a ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interés inusual por hacerse cargo de la persona mayor o de la gestión de su patrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimientos inusuales en cuentas o tarjetas de crédito de la persona mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios repentinos de cuentas bancarias o traspaso a otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venta fraudulenta y engañosa y/o estafa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración de documentos para que firme la persona mayor pero sin ella no puede explicar o entender el propósito de éstos, falsificación de su firma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Observado	Manifestado
Negligencia		
Aspecto personal descuidado o en mal estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrición o malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene corporal deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotermia o hipertermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de prótesis auditivas, dentales, gafas, andadores si son necesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud si tratamiento o cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ropa inadecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras de decúbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de una vivienda en condiciones de habitabilidad o con suciedad, acumulación de basura o malos olores o con elementos peligrosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La persona mayor manifiesta abandono o falta de atención por parte de la persona encargada del cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abandono		
Abandono de la persona mayor en una institución(hospital o centro residencial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono de la persona mayor en centros comerciales o lugares públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar sola durante largo tiempo a la persona mayor dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autonegligencia		
Aspecto personal descuidado o en mal estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrición o malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene corporal deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No viste adecuadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de una vivienda en condiciones de habitabilidad o con suciedad, acumulación de basura o malos olores o con elementos peligrosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de prótesis auditivas, dentales, gafas, andadores si son necesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número excesivo de animales domésticos en el domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vulneración de derechos		
Censura de correspondencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de respeto a la libertad y a la intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de consideración de los deseos o decisiones de la persona mayor sobre aspectos vitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato discriminatorio o desconsiderado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobbing inmobiliario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indicadores asociados a la persona que ejerce el posible maltrato		
Abusos de sustancias tóxicas como alcohol, fármacos o otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para resolver situaciones difíciles y estresantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transtornos de personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con antecedentes de violencia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parece no tener las capacidades o conocimientos necesarios para cuidar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrecarga física y emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislamiento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia de la víctima: económica, de vivienda u otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percibe el cuidado de la persona mayor como una carga que no desea asumir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación excesiva por el dinero (coste que genera el cuidado de la persona mayor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca esta en el domicilio o nunca se pone en contacto con el profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es verbalmente abusivo/a, controlador/ra, muestra una actitud defensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indiferencia, menosprecio y/o colera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impide que la persona mayor se relacione con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No deja responder a la persona mayor, responde en su lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contradicciones importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olvida intencionadamente las citas o las visitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha: _____, _____ de _____ de _____

Firma : _____

ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES. EASI

Instrucciones a los pacientes: Ahora voy a empezar el estudio de investigación en el que usted ha aceptado tomar parte. *(Si hay una persona acompañándole, dígame: Debido a que los investigadores solicitan que esto se realice en privado, podría por favor dejarnos solo durante un momento?)* . *Si la persona acompañando no se marcha, formule las preguntas de todas maneras pero informe de su presencia.* A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que han podido ocurrir en los *últimos doce meses*. Por favor, intento contestar a cada pregunta solo con un "sí" o un "no" .

1. ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, Habitualmente hay problemas entre usted y esa/s persona/s?

Sí No

2. ¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audifono o atención médica o le han impedido estar con la gente con que quiere estar?

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No

3. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado/a o amenazado/a?

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No

4. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No

5. ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocando de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No

PROFESIONAL: *No haga la siguiente pregunta al paciente. Está pregunta es para que la conteste únicamente usted.*

6a. El maltrato hacia las personas mayores *podría* estar asociado con síntomas/indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

Sí No

6b. Aparte de usted y el paciente, hay alguien presente durante la entrevista?

Sí No

Se entenderá que hay sospecha de maltrato en aquellos casos en que se obtenga una respuesta afirmativa en cualquiera de las dos partes de las preguntas 2, 3, 4 y 5. En relación a la pregunta 1, se entenderá que hay una sospecha de malos tratos si se obtiene una respuesta afirmativa a la segunda parte de la pregunta

ESCALA DE DETECCIÓN DE MALTRATO POR PARTE DEL CUIDADOR (CASE)

Riesgo de malos tratos hacia las personas mayores por parte de sus cuidadores: evaluado a través de la Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador (Caregiver Abuse Screen; CASE; Reis & Nahmiash, 1995).

Por favor conteste las siguientes preguntas como ayudante o cuidador:

1.- ¿A veces tiene problemas para que controle su genio?

Si No

2.- A menudo se ve forzado/a a actuar contra su voluntad o hacer cosas que piensa que no están bien?

Si No

3.- ¿Encuentra difícil controlar el comportamiento de la persona a la que cuida?

Si No

4.- ¿A veces se ve forzado/a a ser duro/a o severo/a con la persona que cuida?

Si No

5.- ¿A veces cree que no puede hacer lo realmente sería necesario hacer por la persona que cuida?

Si No

6.- ¿A menudo debe rechazarla o ignorarla?

Si No

7.- ¿A menudo se siente tan cansado/a y exhausto/a que no puede satisfacer las necesidades de la persona a la que cuida?

Si No

8.- ¿A menudo le tiene que chillar?

Si No

VALORACION

Riesgo de maltrato 1 respuesta positiva

Riesgo bajo= inferior a 4 respuestas positivas

Riesgo alto= 4 o superior a 4 respuestas positivas

TABLA DE FACTORES DE RIESGO Y DE FACTORES DE PROTECCIÓN PARA LA VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE MALTRATO EN PERSONA MAYOR

FACTORES PERSONALES	Factores de riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de maltrato • Género femenino • Mala relación de la persona mayor con el/la responsable del maltrato • Analfabetismo • Ser lesbiana, gay, transexual, bisexual o intersexual • Pertenecer a una minoría étnica o religiosa
Variable relacionada directamente con la persona mayor	Factores de protección
	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia y vínculo entre el profesional /servicio con la persona mayor • Colaboración con el plan de trabajo establecido con el/los profesional/es • Acceso y capacidad de asimilar información sobre el maltrato en general • Trabajar en el centro, además de con la familia y profesionales, la diversidad sexual, familiar, de género, étnica, religiosa y cultural

SALUD	Factores de riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia física, psíquica o emocional • Deterioro cognitivo • Salud mental y alteraciones de la conducta • Depresión, desmotivación, auto-negligencia • Adicciones • VIH
Variable relacionada con el estado de salud de la persona mayor	Factores de protección
	<ul style="list-style-type: none"> • Tener consciencia de enfermedad • Realizar tratamiento regular • Aceptar ayuda • Contar con el soporte de la familia entera • Contar con el soporte de la red del entorno • Recibir el soporte del SAD • Disponer de los recursos sanitarios adecuados • Participar en espacios de trabajo grupal, grupos de auto-ayuda, etc

- Vincular se con las Redes de Salud Mental

SITUACIÓN ECONÓMICA Variable relacionada con el estado económico de la persona mayor	Factores de riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia económica de terceros • Pobreza • Falta de liquidez / disponibilidad efectiva de los propios recursos económicos • Dificultad para administrar sus bienes • Riesgo de expolio • Coyuntura de crisis económica
	Factores de protección
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de planificación económica para administrar y gestionar los bienes propios • Recibir una pensión regular • Disponer del soporte económico de familia extensa • Disponer de poder adquisitivo para acceder a recursos y servicios • Aceptar medidas legales protectoras (voluntades anticipadas, poder preventivo, asistencia y guarda...)

ENTORNO FAMILIAR Variable que incluye los factores directamente relacionados con el/la posible causante de los maltrato	Factores de riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> • Cohabitación • Sobrecarga física y emocional del cuidador/a • Abuso de sustancias tóxicas como el alcohol, fármacos u otros • Trastornos mentales • Dependencia de la persona mayor: económica, de vivienda u otras • Aislamiento social • Pobreza • Con antecedentes de violencia familiar • Síndrome de abuelo/a esclavo/a • Mala relación con la persona mayor
	Factores de protección
	<ul style="list-style-type: none"> • Tener una familia integradora • Cuidador/a con vínculos positivos con los profesionales de referencia del ámbito social • Cuidador/a con vínculo positivo con la red de recursos de salud: atención primaria y especializada

- Participar en grupos de familiares cuidadores, de ayuda mutua

VIVIENDA PROPIA O DE ALQUILER Variable relacionada con el lugar donde vive la persona mayor, ya sea de propiedad o alquiler	Factores de riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> • Mala accesibilidad • Malas condiciones de habitabilidad • Mobbing inmobiliario • Comunidad de propietarios no receptiva a las necesidades de las personas mayores • Falta de vivienda (sin techo)
	Factores de protección
	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de Servicios de Atención Domiciliaria • Aceptación de limpieza de choque • Acceso a recursos para rehabilitar la vivienda • Sensibilidad de la comunidad de vecinos/entorno vecinal a las necesidades de las personas mayores

RELACIONES SOCIALES Y REDES DE APOYO Variable que hace referencia a la red relacional de la persona mayor o a su ausencia	Factores de riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Escasas o nulas relaciones • Mala relación/conflictividad con el vecindario • Desconocimiento de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (NTIC) facilitadores del acceso a recursos / redes sociales
	Factores de protección
	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de redes de soporte del entorno • Formar parte de asociaciones • Disponer de una vida social activa y participativa • Tener acceso a los recursos de ocio, culturales y esparcimiento • Conocer la oferta al catalogo de servicios de proyectos de prevención y detección para las personas mayores • Conocer los servicios de soporte a los espacios públicos (mediación en la calle, etc) • Vincular se con las Redes de Salud Mental • Conocer / posibilitar el acceso y el uso de las NTIC (Tele asistencia, telefonía móvil, Internet, etc)

CUESTIONARIO ZARIT

**Nombre
Unidad/Centro**

**Fecha
Nº Historia**

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado**

<u>Instrucciones para la persona cuidadora:</u> A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja como se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd?					
3.- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8.- ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22.- Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR – ZARIT

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado** que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5)

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

- 1 = Nunca
- 2 = Rara vez
- 3 = Algunas veces
- 4 = Bastantes veces
- 5 = Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son:

- < 46 No sobrecarga
- 46 - 47 a 55 - 56 Sobrecarga leve
- > 55 – 56 Sobrecarga Intensa

FECHA					
PUNTUACIÓN					

Bibliografía

- Zarit Sh, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden Gerontologist 1980; 20:649-654.

- Martin, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., ico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996).

Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, 338-346

**ESCALA DE SATISFACCIÓN FILADELFIA
(LAWTON, 1972)**

A continuación le voy a leer unas frases. Me gustaría que me dijera si son aplicables a usted. Si está de acuerdo con ellas, responda **SÍ**, y en el caso de que no sean aplicables a usted, responda **NO**

1.- ¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor par usted?		
2.- ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?		
3.- ¿Se siente usted solo?		
4.- ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?		
5.- ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?		
6.- ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?		
7.- ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son MEJOR <input type="checkbox"/> PEOR <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> que lo que usted pensó que serían?		
8.- ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?		
9.- ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?		
10.- ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?		
11.- ¿Tiene miedo de muchas cosas?		
12.- ¿Se siente más irascible que antes?		
13.- ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?		
14.- ¿Como está de satisfecho con su vida ahora? SATISFECHO <input type="checkbox"/> NO SATISFECHO <input type="checkbox"/>		
15.- ¿Se toma las cosas a pecho?		
16.- ¿Se altera o disgusta fácilmente?		

Valoración Geriátrica y Estado Cognitivo

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE VIDA

A valorar mediante la Escala de Filadelfia, descrita por Lawton

	ITEMS	PUNTOS	
		1	0
1	¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted?	No	Si
2	¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	Si	No
3	¿Se siente usted solo?	No	Si
4	¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?	No	Si
5	¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	No	Si
6	¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	No	Si
7	¿Según se va haciendo mayor, las cosas son MEJOR, PEOR, IGUAL que lo que usted pensó que serían?	MEJOR/IGUAL	PEOR
8	¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?	No	Si
9	¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?	Si	No
10	¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	No	Si
11	¿Tiene miedo de muchas cosas?	No	Si
12	¿Se siente más irascible que antes?	No	Si
13	¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	No	Si
14	¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora?: SATISFECHO o NO SATISFECHO	SATISFECHO	NO SATISFECHO
15	¿Se toma las cosas a pecho?	No	Si
16	¿Se altera o disgusta fácilmente?	No	Si

Se suma la puntuación para valorar el nivel de satisfacción de vida:

PUNTOS	NIVEL DE SATISFACCIÓN
Menor/igual a 5	Bajo
De 6 a 11	Regular
Mayor/igual a 12	Alto

SATISFACCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Puntuación en la escala de Filadelfia: _____

Nivel de satisfacción: _____