

▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA  Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social ▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/	Buruko gaixotasuna duten pertsonentzako atseden programa Programa de respiro para personas con enfermedad mental Partaidearen informazio fitxa Ficha de información personal 
---	---

1. Datu pertsonalak • Datos personales

Abizenak • Apellidos	Izena • Nombre	
Helbidea • Dirección		
Herria • Municipio	Posta kodea • Código postal	Emaila • email
Telefona • Teléfono	Jaioteguna • Fecha de nacimiento	NAN • DNI
Menpekotasunaren balorazioa eta gradua Valoración y grado de dependencia	Desgaitasunaren gradua Grado de discapacidad	

2. Ahaidea edo eskatzailearen egitatezko zaintzailea • Familiar o guardador/a de hecho de la persona solicitante

Izen abizenak Nombre y apellidos	Eskatzailearekiko harreman mota Relación con persona solicitante
Helbidea • Dirección	Telefona • Teléfono

3. Eskatzailearen testuingurua • Contexto de la persona solicitante

Norekin bizi da? • ¿Con quién convive?

☐ Bikotea/aita-ama/anai-arrebak/beste senide batzuekin... Pareja/madre-padre/herman@s/con otros familiares...	
☐ Egoitzan/etxebizitzan edo etxebizitza komunitarioan (laguntzarekin) zein? En residencia, piso o vivienda comunitaria (con apoyos) ¿Cuál?	
☐ Bakarrik edo pentsio batean Sólo/a o en pensión	

4. Datu medikoak • Datos médicos

Buruko gaixotasunaren diagnostikoa • Diagnóstico de enfermedad mental

Gogoan izan beharreko gaixotasunak: migraina, lunbalgia, gastritisa • Otras Enfermedades a tener en consideración: migraña, lumbalgia, gastritis, etc

Alergiak (zehaztu) • Alergias (especificar) (*)

(*) Alergien eta / edo elikadura-erregimen bereziaren txosten medikoa aurkeztea.

Aportar Informe Médico de alergias y/o régimen alimentario especial.

Botikak • Medicación (*)

Gainbegiratzea behar du zaintzeko eta medikazioa hartzeko
Necesita supervisión en la custodia y toma de medicación

Bai • Sí

☐

Ez • No

☐

(*) Osakidetzako Tratamendu aktiboaren orria eman behar da eta noizbehinkako gaixotasunen jarraibidea; plaza esleitzen zaionean.

Aportar la "Hoja de Tratamiento Activo" de Osakidetza, así como la medicación y pauta de enfermedades ocasionales; al ser adjudicada plaza.

5. Jarduera eta harreman maila • Nivel de actividad y relación

Eguneko Zentroko, lanerako zentruko edo ohiko beste jardueraren batean parte hartzen duzu?

¿Participas en Centro de Día, Ocupacional, u otra actividad habitual?

Bai • Sí

☐

Ez • No

☐

Zein?

¿Cuál?

Zer egiten du normalean bere aisialdian? Adierazi bere gustuak eta interesak

¿Qué hace habitualmente en su tiempo libre? Señalar gustos e intereses

Adierazi beldurren bat baduen (urari, iluntasunari, bakardadeari, besteak –zehaztu–)

Indicar si tiene algún tipo de miedo (al agua, oscuridad, soledad, otros, especificar)

6. Autonomia • Autonomía

Ibili, korrika, eskailerak igo, eta oreka mantentzeko gai ahal da?

¿Tiene capacidad para andar, correr, subir escaleras y mantener el equilibrio?

Bai • Sí ☐

Ez • No ☐

Azkar nekatzen da?

¿Se cansa con facilidad?

Bai • Sí ☐

Ez • No ☐

Azaldu bere premia bereziak • Describir necesidades de apoyo

Zailtasunak ditu hizketan?

¿Tiene dificultades de comunicación?

Bai • Sí ☐

Ez • No ☐

Entzumen edo ikusmen arazoak ditu?

¿Tiene problemas de audición o visión?

Bai • Sí ☐

Ez • No ☐

Azaldu bere arazoak • Describir los problemas

7. Autonomia eta eguneroko bizitzako jarduerak • Autonomía y actividades de la vida diaria

7.1. Autonomia-maila • Nivel de autonomía

	Ohitura erabat independenteak eta barneratuak Totalmente independiente e interiorizados hábitos	Ikuskapena/gogoraraztea behar du Necesita supervisión/recuerdo	Mendekotasuna duen persona: laguntza behar du egiteko Dependiente: necesita ayuda para realizarlo
Jan Comer			
Higiene-ohiturak: garbitasuna, dutxa, hortzak garbitzea, bizarra moztea... Hábitos de higiene: aseo, duchar, lavado de dientes, afeitado...			
Janztea eta oinetakoak janztea Vestirse y calzarse			
Diruaren erabilera Manejo del dinero			
Botikak eramatea/edukitzea Portar/tener medicación			
Medikazioa hartzea Toma de medicación			

7.2. Otorduak • Comidas

Erregimena edo arazo bereziren bat?

¿Régimen alimentario o necesidad de dieta especial?

Bai • Sí ☐ Ez • No ☐

Azaldu zein dieta, laguntza edo gainbegiratze mota • Especificar qué tipo de dieta, ayuda o supervisión

7.3. Loa • Sueño

Lo ibiltaria?

¿Padece de sonambulismo?

Bai • Sí ☐ Ez • No ☐

Amesgaizto edo gau beldurrik izaten du?

¿Tiene pesadillas, miedos nocturnos, etc.? Especificar

Bai • Sí ☐ Ez • No ☐

7.4. Esfinterrak kontrolatzea • Control de esfínteres

Bere gisa moldatzen da (kaka nahiz pixa)?

¿Tiene autonomía y continencia normal (deposiciones, micción)?

Bai • Sí ☐ Ez • No ☐

Erantzuna ezezkoa bada, zehaztu zailtasun-mota
En caso negativo especifique tipo de dificultad

Noizbehinka • Ocasional ☐ Ohikoa • Frecuente ☐

Egunez • De día ☐ Gauez • De noche ☐

Komunera joanda gero, badaki garbitzen?

¿Necesita ayuda para ir al WC?

Bai • Sí ☐ Ez • No ☐

Adierazi esfinterrak kontrolatzeko aholkugarriak diren iharduerak

Indicar actuaciones en relación al control de esfínteres (uso de pañales día-noche, ropa de repuesto permanente,...)

-(n), 20 -(e)ko -ren -(e)an

En a de de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho *

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

Dokumentu hau sinatuz, goian sinatzen duenak adierazten du informatuta dagoela eta **DBLO Lege Oharrean** (012. eranskina) aipatutako baimena ematen duela, bere datu pertsonalak erabil ditzan Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak.

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.