

## INFORMACIÓN PARA PROGRAMA MAYORES



DATOS DE CONTACTO			
Nombre			
Apellidos			
DNI			
Dirección		Código Postal	
Teléfonos de contacto	Móvil	Tel. casa	
Correo electrónico			
Skype		Horario de contacto	

## INFORMACIÓN PARA PROGRAMA MAYORES



### INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

¿Tienen experiencia en programas de cuidado de mayores? Si la respuesta es positiva, por favor cuente su experiencia brevemente:	Si	No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

### INFORMACIÓN SOBRE EL MAYOR O PERSONA DEPENDIENTE

Edad

¿Tiene algún grado de discapacidad o dependencia? Si la respuesta es positiva, por favor especifique:	Si	No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

### NECESIDADES DE LA PERSONA CON CUIDADOR

Sexo del cuidador	Hombre	Mujer	Indiferente
¿Tiene preferencia en la edad del cuidador? Si la respuesta es positiva, por favor especifique:			Si No
¿Qué modalidad de cuidador necesita?	Interno	Externo	Por horas
¿Cuántas horas a la semana necesita al cuidador?			
¿Por cuánto tiempo necesita al cuidador?	Días	Semanas	Meses
¿En qué lugar necesita al cuidador?	Domicilio	Hospital	Residencia



## INFORMACIÓN PARA PROGRAMA MAYORES

Indique con una X el horario aproximado previsto para el cuidador:							
	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.
Por la mañana							
Mediodía							
Después de mediodía							
Tarde							
Noche							
Indique los días libres a la semana del cuidador:							
Indique con una X las tareas del cuidador según sus necesidades							
Cocinar		Limpiar el hogar			Hacer compras y recados		
Conducir		Planchar			Preparar medicación		
Administrar medicación		Supervisión			Ejercicios		
Cambiar pañales		Aseo personal			Paseos		
Acompañamiento a Citas Médicas				Otros:			
Comentarios o preguntas:							

## INFORMACIÓN PARA PROGRAMA MAYORES

