

INFORME DE DERIVACION MEDICO/SOCIAL

Dispositivo de alojamiento de emergencia a personas solas y familias que se encuentren en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo y son positivos de COVID19 o contacto estrecho con positivos

DATOS DEL USUARIO

NOMBRE	
APELLIDOS	
DNI/NIE/PAS	
FECHA NACIMIENTO	
EDAD	
Nº CIPA	
C.SALUD DE REFERENCIA	
FECHA SOLICITUD DERIVACIÓN	

DATOS DERIVACION:

ENTIDAD QUE DERIVA	
PERSONA CONTACTO	
TELÉFONO CONTACTO	
NECESITA MEDIDAS EXCEPCIONALES DE AISLAMIENTO O PARA EL TRASLADO AL DISPOSITIVO (ambulancia con oxígeno, vehículo adaptado PMR, sillas para menores, etc.)	

LUGAR DE RESIDENCIA PREVIA A INGRESO HOSPITALARIO:

(Rellenar lo que proceda):

CENTRO DE ACOGIDA	
PERSONA CONTACTO	
TELÉFONO CONTACTO	

SITUACION DE CALLE	SI	NO
PERSONA DE CONTACTO (Ser. Sociales o Equipos de Calle)		
TELÉFONO CONTACTO		

VIVIENDA, Municipio / Distrito (Alojamiento propio o compartido)	
---	--

ANTECEDENTES SOCIALES

--

DATOS RED DE APOYO (Composición familiar, persona de contacto y teléfono)

--

Propuesta de salida una vez finalizado el aislamiento

(Ej: Si tiene reservada plaza en alojamiento inicial, si tiene opciones de retorno a su domicilio, si se está en proceso de búsqueda de plaza en coordinación con servicios sociales, etc.)

ANTECEDENTES MEDICOS**Enfermedad infecto-contagiosa activa**

	SI	NO
VHB		
VHC		
TBC		
VIH		
OTRAS		

Grado de autonomía:

	SI	NO
AUTÓNOMA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
NECESIDADES PARTICULARES PARA MANTENER EL AISLAMIENTO		
¿CUÁLES?		

Estado funcional

	SI	NO
INMOVILIZADO PERMANENTE		
DETERIORO PSÍQUICO QUE PUEDA ALTERAR EL AISLAMIENTO		
INDICACIÓN DE OXIGENOTERAPIA		

Situación clínica actual

	SI	NO	OBSERVACIONES
TRASTORNO PSIQUIÁTRICO			
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIA			
PROGRAMA SUSTITUTIVO DE OPIÁCEOS			

Enfermedades previas (patologías actuales activas y antecedentes médicos/quirúrgicos más relevantes y comorbilidades)

Tratamientos farmacológicos (fármacos, vía de administración, dosis, pauta, inicio y fin de tratamientos, dietas especiales)

Situación COVID19

	SI	NO
DIAGNÓSTICO COVID-19 CONFIRMADO		
CONTACTO ESTRECHO CON PERSONA POSITIVA DE COVID 19		
¿PRESENTÓ SÍNTOMAS?		
¿CURSÓ INGRESO HOSPITALARIO?		
¿SE ADJUNTAN INFORMES MÉDICOS?		
FECHA INICIO SÍNTOMAS		
FECHA HISOPADO (REALIZACIÓN DE PCR / ANTÍGENOS)		
FECHA RESULTADOS PCR / ANTÍGENOS		
CENTRO DE SALUD O DISPOSITIVO DONDE SE REALIZA PCR / PRUEBA DE ANTÍGENOS		

OBSERVACIONES**NOMBRE Y FIRMA PROFESIONALES QUE REALIZAN EL INFORME**

FECHA: _____ DE _____ DE 20____