F02 Valoración inicial de necesidades

Objetivo: *Comprender rutinas, apoyos, preferencias y límites antes de aceptar el servicio.*

Código de cliente: _____

Identificación y participación

Nombre de la persona usuaria: _____

Cómo prefiere que la llamen: _____

Fecha de la valoración: _____

Lugar de la valoración: _____

Personas presentes y relación: _____

☐ La persona usuaria participa directamente en las decisiones

☐ Existe representante o persona autorizada Documento a revisar por separado

Quién contrata y recibe facturas: _____

Comunicación y preferencias

☐ Se comunica verbalmente sin apoyo

☐ Necesita hablar despacio o frases breves

☐ Usa audífono o apoyo auditivo

☐ Usa gafas o apoyo visual

☐ Prefiere francés

☐ Prefiere castellano

☐ Prefiere catalán o valenciano

☐ Otra preferencia o apoyo: _____

Temas que le agradan actividades intereses y costumbres:

_____

_____

_____

Situaciones que le incomodan o desea evitar: _____

_____

Rutina habitual

Momento	Rutina y preferencias	Apoyo solicitado
Mañana		
Mediodía		
Tarde		
Noche	No se presta servicio nocturno	Solo información para continuidad

Actividades cotidianas

Marcar el nivel observado o declarado. No sustituye una valoración clínica.

Actividad	Autónoma	Supervisión	Ayuda parcial	No incluir
Desplazarse dentro de casa	☐	☐	☐	☐
Levantarse y sentarse	☐	☐	☐	☐
Higiene y arreglo personal	☐	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐	☐
Comer y beber	☐	☐	☐	☐
Usar el baño	☐	☐	☐	☐
Preparar comida sencilla	☐	☐	☐	☐
Compras o gestiones	☐	☐	☐	☐
Orden doméstico vinculado	☐	☐	☐	☐
Paseos y acompañamientos	☐	☐	☐	☐

Movilidad y ayudas técnicas declaradas

☐ Camina sin apoyo
☐ Bastón
☐ Andador
☐ Silla de ruedas
☐ Grúa u otra ayuda Requiere valoración específica
☐ Riesgo de caída comunicado
☐ Caída reciente comunicada No detallar diagnóstico aquí

Instrucciones seguras ya establecidas por profesional o familia:

_____

_____

Alimentación hidratación y medicación declarada

☐ No se necesita recoger información de salud para el servicio solicitado
☐ Existen alergias o restricciones relevantes para preparar alimentos

Alimentos que deben evitarse: _____

☐ La persona gestiona su medicación de forma autónoma
☐ Se solicita solo recordatorio según pauta preparada
☐ Se solicita otra ayuda relacionada con medicación No autorizar hasta revisión

Descripción mínima de la ayuda solicitada: _____

_____

Nunca decidir dosis, adelantar o retrasar tomas, triturar, mezclar, ocultar, preparar inyectables ni administrar medicación a demanda por decisión propia.

Entorno familiar y comunicación

Persona de contacto principal: _____

Segundo contacto: _____

Profesional o recurso de referencia si procede:

_____

Canal acordado para comunicaciones ordinarias:

_____

Quién puede recibir información del servicio:

_____

Expectativas y objetivos expresados por la persona:

_____

_____

_____

Decisión tras la valoración

☐ Servicio compatible y aceptable
☐ Aceptable con condiciones o adaptaciones
☐ Pendiente de aclaración profesional o administrativa
☐ No aceptable por seguridad alcance horario o capacidad

Motivo y condiciones: _____

_____

_____

☐ Preparar F03 Riesgos del domicilio
☐ Preparar F04 Ficha de servicio y F05 Plan de trabajo
☐ Derivar o recomendar contactar con servicios sociales o sanitarios

Persona usuaria o representante

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Silviane Asistencia Elche

Firma: _____