_____

☐ Puede iniciarse el servicio
☐ Puede iniciarse cuando se complete la medida indicada
☐ No iniciar o suspender hasta nueva valoración

Persona usuaria o representante

Firma: _____
Fecha: ____ / ____ / _____

Silviane Asistencia Elche

Firma: _____

F04 Ficha de servicio autorizada

Objetivo: *Dar a la profesional una instrucción breve, concreta y actualizada para cada visita.*

Código de cliente: _____

Nombre preferido de la persona usuaria: _____

Dirección del servicio: _____

Contacto principal y teléfono: _____

Contacto alternativo y teléfono: _____

Fecha de inicio prevista: _____

Días y horario: _____

Duración por visita: _____

Forma de acceso autorizada: _____

Tareas autorizadas

Tarea	Sí	Frecuencia o detalle	Límite específico
Acompañamiento en domicilio	☐		
Paseo cercano	☐		
Acompañamiento a gestiones	☐		
Apoyo en higiene y arreglo	☐		
Apoyo al vestido	☐		
Preparación de comida sencilla	☐		
Apoyo durante comida o hidratación	☐		
Orden y limpieza vinculados	☐		
Compra autorizada	☐		
Recordatorio de medicación	☐		Sin decidir ni modificar pauta

Tarea	Sí	Frecuencia o detalle	Límite específico
Otra tarea	☐		

Tareas no autorizadas

- Actos sanitarios, curas, inyecciones, diagnóstico o decisiones clínicas.
- Cambios de dosis, horario, formato o forma de administración de medicación.
- Movilizaciones que requieran dos personas o equipos no disponibles.
- Manejo de banca electrónica, claves, tarjetas, PIN o firma de documentos en nombre del cliente.
- Limpieza profunda, trabajos en altura, cargas pesadas o tareas no incluidas.
- Traslado en vehículo particular durante la fase inicial.

Información esencial para la visita

Preferencias de trato y comunicación: _____

Ayudas técnicas utilizadas: _____

Alimentos o productos que deben evitarse: _____

Riesgos y medidas de seguridad activas: _____

Señales que deben comunicarse a la familia: _____

Canal y momento para el parte ordinario: _____

Qué hacer si nadie abre: _____

Qué hacer si la persona rechaza una tarea: _____

Otras instrucciones autorizadas: _____

_____

_____

Control de versión

Versión	Fecha	Cambio realizado	Aprobación
1		Alta inicial	

Persona usuaria o representante

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Silviane Asistencia Elche

Firma: _____