F09 Revisión periódica del servicio

Objetivo: *Valorar si el plan sigue siendo útil, seguro y compatible con la capacidad disponible.*

Código de cliente: _____

Periodo revisado: _____

Fecha de revisión: _____

Participantes: _____

Valoración

Aspecto	Bien	Ajustar	Observación o cambio
Puntualidad y horario	☐	☐	
Tareas y prioridades	☐	☐	
Trato y comunicación	☐	☐	
Autonomía y preferencias	☐	☐	
Seguridad del domicilio	☐	☐	
Comunicación con la familia	☐	☐	
Facturación y justificantes	☐	☐	

Opinión y prioridades de la persona usuaria: _____

_____

_____

Cambios acordados: _____

_____

_____

☐ Mantener el plan
☐ Actualizar F04 Ficha de servicio
☐ Actualizar F05 Plan de trabajo
☐ Realizar nueva revisión de riesgos
☐ Suspender o cerrar el servicio

Próxima revisión: _____

Persona usuaria o representante

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Silviane Asistencia Elche

Firma: _____