

**FICHA DE INSCRIÇÃO****Serviço de Apoio Domiciliário**

N.º de Entrada: _____

Data de Inscrição: ____/____/____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:		
Nome pelo qual deseja ser tratado:		
Data de Nascimento:	Sexo:	
Morada:		
Código Postal:	Localidade:	
CC/BI:	Validade:	NIF:
NISS:	Regime Segurança Social <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Outro. Qual?	
N.º Utente:	Subsistema de saúde:	

2. SERVIÇOS A CONTRATUALIZAR

Têm de ser efetuados no mínimo 2 serviços:	Obs. _____
<input type="radio"/> Alimentação	_____
<input type="radio"/> Tratamento de Roupas	_____
<input type="radio"/> Higiene Pessoal	_____
<input type="radio"/> Higiene Habitacional	_____

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE

Nome:	
Data de Nascimento:	Parentesco/Relação:
Morada:	
Código Postal:	Localidade:
Contacto:	E-mail:
Ocupação:	
CC:	Validade:

**4. SITUAÇÃO CLÍNICA**

Médico de Família:		Médico Especialista:	
Situação clínica generalizada:			
Estado de Saúde: <input type="radio"/> Autónimo <input type="radio"/> Totalmente dependente <input type="radio"/> Parcialmente dependente		Movimentação: <input type="radio"/> Cadeira de Rodas <input type="radio"/> Andarilho <input type="radio"/> Com ajuda de 3ºs <input type="radio"/> Bengala <input type="radio"/> Sem ajuda	
Eliminação: <input type="radio"/> Autónimo <input type="radio"/> Fralda <input type="radio"/> Penso <input type="radio"/> Algália <input type="radio"/> Ostomias	Higienização: <input type="radio"/> Sozinho <input type="radio"/> Com ajuda <input type="radio"/> Acamado	Alimentação: <input type="radio"/> Sozinho <input type="radio"/> Com ajuda <input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> PEG	Tipo de Alimentação: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Dieta hipossalina <input type="radio"/> Dieta cremosa Obs. _____ _____
Obs.:			

5. SITUAÇÃO ECONÓMICA

Rendimentos do Cliente:		
Complemento por Dependência: 1º Grau _____ 2º Grau _____ CSI _____ Outro: _____		
Habitação: <input type="radio"/> Casa própria <input type="radio"/> Casa arrendada Renda mensal: _____	Despesas Transporte: _____ Despesas Medicação: _____ Aquisição de Fraldas: _____ Outros: _____	Obs.
Composição do Agregado Familiar: _____ _____ _____ _____		
Rendimentos do Agregado Familiar: _____		

6. OBSERVAÇÕES



Ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, declaro que presto o meu consentimento de forma livre, específica, informada e inequívoca à SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE VOUZELA para recolha, processamento e tratamento dos meus dados pessoais e/ou e dos dados pessoais do(a) Utente que represento na qualidade de Responsável constantes na presente ficha para fins de inscrição, admissão, gestão, prestação de serviços e integrar na sua base de dados ou outras finalidades permitidas por lei e, quando necessário, colocar essa informação à disposição de terceiros, prestadores de serviços, organismos públicos e quaisquer outras entidades, nos termos legais.

Mais declaro que fui informado que os dados pessoais serão conservados apenas pelo período estritamente necessário para a realização das referidas finalidades, findo o qual serão definitivamente eliminados e poderei a qualquer momento, querendo, solicitar através do endereço de correio eletrónico geral@scmvouzela.com.pt para informação e acesso aos meus dados pessoais; à sua retificação ou atualização; ao apagamento/esquecimento; a limitação; o direito de se opor ao tratamento bem como do direito à portabilidade de dados ou retirar o presente consentimento e apresentar reclamação junto da Autoridade de controlo competente: Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) - Av. D. Carlos I, 134 - 1.º 1200-651 Lisboa - Tel: +351 213928400 - Fax: +351 213976832 – e-mail: geral@cnpd.pt ou www.cnpd.pt

Declaro ainda assumir inteira responsabilidade pela veracidade e autenticidade dos dados fornecidos e pela atualização dos mesmos, sempre que se justifique.

Para mais informações, consulte a nossa Política de Privacidade disponível em www.scmvouzela.pt

Data da Inscrição: ____/____/____

Cliente/Família,

A Instituição,
