Hospital Universitario de Getafe

SaludMadrid

ANEXO 1

SOLICITUD DEL SERVICIO de ACOMPAÑAMIENTO PARA PACIENTES AMBULANTES CON DISCAPACIDAD (A.P.A.D)

Datos de identificación del paciente o pegar etiqueta:

- Nombre: Apellidos:
- Hª Clínica:
- Domicilio:
- Fecha de nacimiento:
- Teléfono de contacto:
- Teléfono de contacto de un familiar o allegado:

Solicitud de acompañamiento para (marcar con una cruz X):

☐ Consultas externas Especialidad (especificar):

☐ Cirugía Mayor Ambulatoria CMA Especialidad (especificar):

☐ Unidad del Dolor

☐ Realización de Prueba Diagnóstica Tipo de Prueba (especificar):

Fecha de la cita:	**Hora de la cita:**

Tipo de discapacidad (marque con una cruz X):

Motora: ☐ Sensorial: ☐ Auditiva: ☐ Visual: ☐

- Precisa silla de ruedas: SI NO
- Acudirá a la cita con silla de ruedas propia: SI NO
- Acudirá a la cita con oxígeno: SI NO
- Acudirá a la cita acompañado de un intérprete del lenguaje de signos: SI NO

Observaciones: