

**INFORME DE SALUD COMPLEMENTARIO PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE
TELEASISTENCIA CON UNIDAD DE CONTROL REMOTO EN CASO DE
DETERIORO COGNITIVO**

SOLICITANTE:

Nombre y Apellidos:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Nº Seguridad Social:

SIP:

D/D^a: _____,

MÉDICA/O COLEGIADA/O _____, INFORMA:

Que el deterioro cognitivo que presenta la/el paciente,

SI ____

NO ____

le incapacita para la efectiva utilización del Servicio de Teleasistencia.

Fecha.- _____

Firma y cuño.- _____