

**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: Auditiva: Visual: Psíquica:

- 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: