

FICHA DE DATOS DEL USUARIO/A QUE SOLICITA ACOMPAÑAMIENTO

Enviar a sau.caceres@salud-juntaex.es

A rellenar por el/la solicitante o personal sanitario:

APELLIDOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO DE CONTACTO:

CONSULTA/UNIDAD Hab.:

HOSPITAL:

FECHA:

HORA:

Rellenar sólo para pacientes ingresados:

PLANIFICACIÓN PREVISTA UNIDAD:

- **DÍAS DE LA SEMANA:**
- **HORARIO:**

A rellenar por el Colegio de Enfermería:

PROFESIONAL DESTINADO AL ACOMPAÑAMIENTO:

HORARIO Y/O PLANIFICACIÓN CONFIRMADO: