

## FICHA DE DATOS DEL USUARIO/A QUE SOLICITA ACOMPAÑAMIENTO

Enviar a [sau.caceres@salud-juntaex.es](mailto: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:**