

## IDENTIFICACIÓN

1. PASAIA Distrito

2. Entrevista N° (utilizar el mismo n° de la entrevista de cribado de complejidad)

3. Fecha de realización de la valoración

Fecha / Hora

Fecha

DD/MM/AAAA

Hora

hh

mm

a. m./p. m.

-

4. ¿Cómo quiere que nos dirijamos a usted?

5. ¿Está presente la persona mayor?

No

Sí

6. Nombre

7. Apellidos

8. Fecha de nacimiento

Fecha / Hora

Fecha

DD/MM/AAAA

## 9. Dirección

## 10. Nivel de estudios

- Sin estudios
- Sabe leer y escribir
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Bachiller/Formación profesional
- Estudios universitarios
- N.C.

## 11. Profesión

- Empresarios/as y directivos/as
- Profesionales
- Sus labores
- Técnicos y mandos intermedios
- Empleados/as, administrativos
- Trabajadores industriales
- N.C.

## 12. ¿Quién responde a la entrevista?

- La persona mayor
- La persona cuidadora
- Principalmente la persona mayor con comentarios de la persona cuidadora
- Principalmente la persona cuidadora con comentarios de la persona mayor

## BLOQUE 1. MOMENTOS IMPORTANTES DE SU VIDA

13. ¿Cuáles han sido los momentos bonitos y especiales en su vida? Los momentos que le han marcado positivamente?

14. ¿Y negativamente?

## BLOQUE 2. HÁBITOS Y PREFERENCIAS

15. ¿Tiene alguna actividad que le satisface especialmente?

- Sí
- No
- N.C.

16. ¿Cuál?

17. ¿Cada cuánto la realiza?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Esporádicamente
- Nunca
- N.C.

18. ¿Había alguna actividad que le satisficiera y que ya no hace?

- Sí
- No
- N.C.

19. ¿Cuál?

20. ¿Por qué no la realiza?

21. ¿Hace alguna actividad que le moleste?

- Sí
- No
- N.C.

22. ¿Cuál?

23. ¿Por qué?

24. En cuanto a la religión, ¿es usted creyente?

- Sí
- No
- N.C.

25. ¿Qué religión practica?

26. ¿Considera que dedica el tiempo que desea a su práctica religiosa?

- Sí, estoy satisfecha
- No, me gustaría poder dedicarle más tiempo o hacerlo de otra manera
- N.C.

27. ¿Por qué?

### BLOQUE 3. RELACIONES IMPORTANTES

28. ¿Quiénes son las personas más importantes en su vida a nivel emocional?

29. ¿Quiénes son las personas más involucradas en su cuidado?

## BLOQUE 4. PROYECTOS ACTUALES Y FUTUROS

30. En estos momentos, ¿qué es lo más importante en su vida para estar bien?

31. ¿Tiene algún asunto que le preocupe especialmente?

## BLOQUE 5. SOLEDAD

32. (Si responde la persona) ¿Con qué frecuencia se siente solo/a? /

(Si responde el familiar) ¿Con qué frecuencia crees que tu familiar se siente sola?

- Siempre o casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca o casi nunca
- N.C.

33. ¿Cuánto tiempo pasa sola al día en un día normal?

- Algunos minutos
- 1-2 horas
- 3-5 horas
- 6-9 horas
- 10-12 horas
- + de 12 horas

34. ¿Hay algún momento del día en el que se sienta especialmente sola?

35. ¿Le gustaría tener más compañía en alguno momento del día?

## BLOQUE 6. CÓMO QUIERO

36. Mi historia de vida (Breve resumen)

37. ¿Qué me caracteriza? (Aquello que me define, mi fortaleza, un rasgo específico, algo relevante de mi historia personal...)

38. ¿Qué es lo importante para mí actualmente? ¿Cuáles son mis dominios importantes? (A qué le doy valor a día de hoy, qué es lo importante para mí en el día a día, en mis relaciones... aquello de lo que depende mi bienestar)

39. ¿Cuáles es mi sueño/mi deseo por cumplir? (Puede que no sea siempre necesario)

## Actividades

40. ¿Cómo le gusta pasar el día? Por la mañana...

- Leer el periódico, revistas
- Dar un paseo
- Quedar con alguna persona amiga, conocida, familiar
- Hacer recados
- Tomar un café
- Participar en alguna actividad cultural
- Hacer alguna tarea doméstica
- Ir al centro de día
- Ir a la casa del jubilado
- Jugar la partida
- Ver la televisión
- Otro

41. Indicar qué

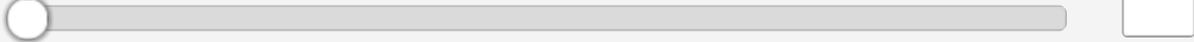
42. ¿Cómo le gusta pasar la tarde?

- Leer el periódico, revistas
- Dar un paseo
- Quedar con alguna persona amiga, conocida, familiar
- Hacer recados
- Tomar un café
- Participar en alguna actividad cultural
- Hacer alguna tarea doméstica
- Ir al centro de día
- Ir a la casa del jubilado
- Jugar la partida
- Ver la televisión
- Otro

43. Indicar qué

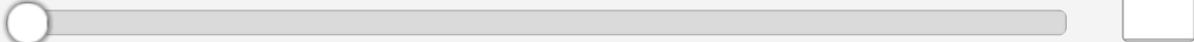
44. En una escala de 0-10, ¿cómo se siente de satisfecho con la vida?

0 10



45. (Si hay un familiar, preguntar también): En una escala de 0-10, ¿cómo se siente de satisfecho con la vida su familiar?

0 10



## BLOQUE 7. ENTORNO

46. ¿De qué apoyos técnicos dispone?

- Silla inodoro
- Grúa
- Cama articulada
- Sillón regulador
- Teleasistencia básica
- Teleasistencia personalizada
- Baño adaptado con escalón
- Baño adaptado sin escalón
- Silla ducha
- Inodoro
- Otro

47. ¿Cuál?

48. ¿La limpieza es adecuada? (Olor neutro, normal, sin indicios de suciedad)

- Sí
- No
- N.C.

## BLOQUE 8. ACTIVIDAD COMUNITARIA

49. ¿Cuenta con alguna persona voluntaria que le acompañe en algún momento del día?

- Sí
- No
- N.C.

50. ¿Cuándo?

51. ¿Qué actividad realiza?

52. ¿Participa en alguna actividad que procede de la comunidad? (Triciclos, programa intergeneracional, actividad cultural...)

- Sí
- No
- N.C.

53. ¿Cuál?

## BLOQUE 9. APOYO VECINAL

54. ¿Hay vecinos en el mismo edificio o calle que se preocupen por usted?

- Sí
- No
- N.C.

55. ¿Quién?

56. ¿Con qué frecuencia le prestan algún tipo de apoyo?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Esporádicamente
- Nunca
- N.C.

## BLOQUE 10. TRANSPORTE

57. ¿Dispone de transporte público cerca de casa?

- Bus
- Tren
- Otro (especifique)

58. Si hay transporte público, ¿con qué frecuencia lo utiliza?

- Nunca
- Muy pocas veces
- Bastantes veces
- A menudo

59. Si ha respondido que nunca lo utiliza o muy pocas veces, ¿por qué?

- No lo necesito
- Tengo dificultades para llegar
- Tengo dificultades en el propio transporte
- Prefiero otros medios
- Otro (especifique)

## BLOQUE 11. SERVICIOS DISPONIBLES EN EL BARRIO

60. ¿Dispone de alguno de estos servicios en el barrio?

Hogar del jubilado

Lavandería

Farmacia

Ferretería

Supermercado

Otro (especifique)

## BLOQUE 12. ÁMBITO SOCIO SANITARIO

61. ¿Quién es su médico o médica de referencia?

62. ¿Quién es su enfermero o enfermera de referencia?

63. ¿Quiénes son sus especialistas?