



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FÍSICA

Nombre y apellidos del usuario:

Fecha:

Descripción de la conducta/s que requiere/n del uso de la restricción de movimientos o intervención física:

Descripción de la intervención física:

- **Tipo de intervención:**
- **Situación/es concreta/s en que debe emplearse:**
- **Personal necesario para su uso:**
- **Papel de cada profesional:**
- **Duración:**
- **Frecuencia:**
- **Medidas de protección y control durante la aplicación de esta medida:**
- **Cómo tratar al usuario durante la aplicación de la intervención:**
- **Cuándo y cómo terminar su aplicación:**
- **Cómo tratar al usuario después de la aplicación:**

Cómo notificar y registrar:

Temporalización de la revisión del programa¹:

Observaciones:

Programa elaborado por _____ **.(Firma)**

¹ El tiempo establecido para la revisión del presente programa será el mínimo necesario, en función de las conductas que requieran de este tipo de intervención, no pudiendo en ningún caso, exceder de 6 meses.

Código Seguro De Verificación:	xuvdYfbmmuorIoW36R8DCQ==	Fecha	13/06/2017
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Blanca Méndez Sánchez - I.a.s. Gerente		
	Ana Vegas Sala - I.a.s. Revisores Utec		
Url De Verificación	http://verifirma.grancanaria.com/verifirma/code/xuvdYfbmmuorIoW36R8DCQ==	Página	1/1

