



**CUESTIONARIO DE SALUD Y AUTONOMÍA PERSONAL**

- BS303A - PLAZAS JUVENILES, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERANO (INDIVIDUAL)
- BS303F - PLAZAS JUVENILES, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERANO (MÚLTIPLE)
- BS303G - PLAZAS JUVENILES, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERANO - PLAZAS RESERVADAS A DISCAPACIDAD (INDIVIDUAL)
- BS303H - PLAZAS JUVENILES, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERANO - PLAZAS RESERVADAS A DISCAPACIDAD (MÚLTIPLE)

**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (MENOR)**

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INSTALACIÓN CONCEDIDA			FECHA
<input type="text"/>			<input type="text"/>

**Y, EN SU REPRESENTACIÓN**

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EN CALIDAD DE PADRE/MADRE/TUTOR/A			
<input type="text"/>			

**DATOS DE SALUD**

VACUNAS:

¿SUFRE ALGÚN PROCESO ALÉRGICO?  NO  SÍ

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR CUÁLES (en este caso debe adjuntarse informe médico justificativo).

¿TIENE EPILEPSIA?  NO  SÍ EN CASO AFIRMATIVO, ¿ESTÁ CONTROLADA?  NO  SÍ

¿TIENE AUSENCIAS Y/O CONVULSIONES?  NO  SÍ

¿TIENE DIABETES?  NO  SÍ EN CASO AFIRMATIVO, ¿UTILIZA INSULINA?  NO  SÍ

¿PRECISA ALGUNA DIETA ESPECIAL O TIENE INTOLERANCIA ALIMENTARIA?  NO  SÍ

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁL/CUÁLES (debe adjuntarse informe médico relativo a las intolerancias, en su caso).

¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON RIESGO DE CONTAGIO?  NO  SÍ

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE QUÉ PRECAUCIONES SE REQUIEREN:

¿PRECISA ALGUNA ATENCIÓN ESPECIAL O APOYO?  Sonda  Cánulas  Otras

INDIQUE CUÁLES:

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD, TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME O DISCAPACIDAD QUE PADECE (en su caso):



**DATOS DE SALUD** (continuación)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (cúbrase, en su caso, y si fuese necesario adjúntese un documento en el que se relacione con detalle)

Nombre	Dosis	Administración

OTROS TRATAMIENTOS ACTUALES

OTRAS OBSERVACIONES QUE CONSIDERE OPORTUNO RESALTAR

¿SE ADJUNTAN INFORMES COMPLEMENTARIOS?  NO  SÍ

¿QUE TIPO DE LIMITACIÓN/ES PRESENTA? (en el caso de persona con discapacidad)

Física  Psíquica  Sensorial  Otra (especifíquese)

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

**DATOS DE AUTONOMIA PERSONAL**

¿SE LEVANTA Y SE ACUESTA SOLO/SOLA?  NO  SÍ INDIQUE QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA

¿COME SOLO/SOLA?  NO  SÍ INDIQUE QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA

¿SE ASEA SOLO/SOLA?  NO  SÍ INDIQUE QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA

¿SE VISTE SOLO/SOLA?  NO  SÍ INDIQUE QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA

¿CONTROLA ESFÍNTERES?  NO  SÍ

¿UTILIZA PAÑALES?  NO  SÍ INDIQUE CUANDO:

¿PRESENTA PROBLEMAS DE MOVILIDAD?  NO  SÍ

¿NECESITA AYUDA PARA ANDAR?  NO  SÍ

¿UTILIZA SILLA DE RUEDAS?  NO  SÍ

¿UTILIZA ANDADOR?  NO  SÍ

¿SE ADJUNTAN INFORMES COMPLEMENTARIOS?  NO  SÍ (en caso afirmativo, indique cuales):

INDIQUE LA NECESIDAD DE AYUDAS TÉCNICAS/APOYOS QUE NECESITA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

OTRAS OBSERVACIONES QUE PADRES, MADRES O TUTORES/AS CONSIDEREN OPORTUNAS



**EN CASO DE URGENCIA AVISASE A**

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA		NÚM.	BLOQ.	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO		PARENTESCO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

**LA PERSONA REPRESENTANTE DECLARA:**

Que todos los datos contenidos en este formulario son ciertos.

Que autoriza las decisiones médico-quirúrgicas que fuese necesario adoptar en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa médica.

**FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE** (madre/padre/tutor/a)

Lugar y fecha

,  de  de