



**CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL**

- BS303A - PRAZAS XUVENÍS, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERÁN (INDIVIDUAL)
- BS303F - PRAZAS XUVENÍS, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERÁN (MÚLTIPLE)
- BS303G - PRAZAS XUVENÍS, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERÁN - PRAZAS RESERVADAS A DISCAPACIDADE (INDIVIDUAL)
- BS303H - PRAZAS XUVENÍS, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERÁN - PRAZAS RESERVADAS A DISCAPACIDADE (MÚLTIPLE)

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR)**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INSTALACIÓN CONCEDIDA			DATA
<input type="text"/>			<input type="text"/>

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN**

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EN CALIDADE DE PAI/NAI/TITOR/A			
<input type="text"/>			

**DATOS DE SAÚDE**

VACINAS:

SOFRE ALGÚN PROCESO ALÉRXICO?  NON  SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CALES (neste caso debe achegarse informe médico xustificativo).

TEN EPILEPSIA?  NON  SI EN CASO AFIRMATIVO, ESTÁ CONTROLADA?  NON  SI

TEN AUSENCIAS E/OU CONVULSIÓNS?  NON  SI

TEN DIABETES?  NON  SI EN CASO AFIRMATIVO, UTILIZA INSULINA?  NON  SI

PRECISA ALGUNHA DIETA ESPECIAL OU TEN INTOLERANCIA ALIMENTARIA?  NON  SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CAL/CALES (debe achegarse informe médico relativo ás intolerancias, de ser o caso).

TEN ALGUNHA ENFERMIDADE TRANSMISIBLE CON RISCO DE CONTAXIO?  NON  SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE QUE PRECAUCIÓNS SE REQUIREN:

PRECISA ALGUNHA ATENCIÓN ESPECIAL OU APOIO?  Sonda  Cánulas  Outras

INDIQUE CAL/CALES:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMIDADE, TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME OU DISCAPACIDADE QUE PADECE (se é o caso)



**DATOS DE SAÚDE** (continuación)

TRATAMENTO FARMACOLÓXICO (cúbrase, de ser o caso, e se fose preciso achegar un documento no cal se relacione con detalle)

Nome	Dose	Administración

**OUTROS TRATAMENTOS ACTUAIS**

**OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE CONSIDERE OPORTUNO SALIENTAR**

ACHÉGANSE INFORMES COMPLEMENTARIOS?  NON  SI

QUE TIPO DE LIMITACIÓN/S PRESENTA? (no caso de persoa con discapacidade)

Física  Psíquica  Sensorial  Outra (especificívese)

CAL É O SEU DIAGNÓSTICO?

**DATOS DE AUTONOMIA PERSOAL**

ÉRGUESE E DÉITASE SÓ/SOA?  NON  SI INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

COME SÓ/SOA?  NON  SI INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

ASÉASE SÓ/SOA?  NON  SI INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

VÍSTESE SÓ/SOA?  NON  SI INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

CONTROLA ESFÍNTERES?  NON  SI

UTILIZA CUEIROS?  NON  SI INDIQUE CANDO:

PRESENTA PROBLEMAS DE MOBILIDADE?  NON  SI

PRECISA AXUDA PARA ANDAR?  NON  SI

UTILIZA CADEIRA DE RODAS?  NON  SI

UTILIZA ANDADOR?  NON  SI

ACHÉGANSE INFORMES COMPLEMENTARIOS?  NON  SI (en caso afirmativo, indique cales):

INDIQUE A NECESIDADE DE AXUDAS TÉCNICAS/APOIOS QUE PRECISA PARA O DESENVOLVEMENTO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIARIA

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE PAIS, NAIS OU TITORES/AS CONSIDEREN OPORTUNAS



**NO CASO DE URXENCIA, AVISE A**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TIPO	NOME DA VÍA		NÚM.	BLOQ.	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO	PARENTESCO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**A PERSOA REPRESENTANTE DECLARA:**

Que todos os datos contidos neste formulario son certos.

Que autoriza as decisións médico-cirúrxicas que fora preciso adoptar no caso de extrema urxencia, baixo a adecuada dirección facultativa médica.

**SINATURA DA PERSOA REPRESENTANTE** (nai/pai/titor/a)

Lugar e data

,  de  de