



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 PARA DISCAPACIDADE (INDIVIDUAL)
- BS303H - PRAZAS XUVENÍS, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERÁN - PRAZAS RESERVADAS PARA 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 (cubrir, de ser o caso, e se for preciso, achegar un documento no cal se relacione con detalle)

Nome	Dose	Administración

OUTROS TRATAMENTOS ACTUAIS

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE CONSIDERE OPORTUNO RESALTAR

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 (no caso de persoa con discapacidade)

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

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

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

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

CONTROLA ESFÍNTERES? NON SI

UTILIZA CUEIROS? NON SI INDICAR 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, indicar cales):

INDICAR 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, AVISAR 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 1	TELÉFONO 2	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 for 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