



CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL

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 certificado 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 ALIMENTICIA? NON SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CAL/CALES:

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)

TRATAMENTO FARMACOLÓXICO (deberase cubrir, se é o caso, e se for preciso, achegar un documento en que se relacione con detalle)

Nome	Dose	Administración
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OUTROS TRATAMENTOS ACTUAIS

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE CONSIDERE OPORTUNO RESALTAR



DATOS DE SAÚDE (continuación)

ACHÉGANSE INFORMES COMPLEMENTARIOS? NON SI

GRUPO SANGUÍNEO

QUE TIPO DE LIMITACIÓNS PRESENTA? (no caso de persoa con discapacidade)

Física Psíquica Sensorial Outra (especificar)

CAL É O SEU DIAGNÓSTICO?

DATOS DE AUTONOMIA PERSOAL

ÉRGUESE E DEITASE 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

INDIQUE QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

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 OS/AS PAIS, NAIS OU TITORES/AS CONSIDEREN OPORTUNAS

EN CASO DE URXENCIA, AVÍSESE A

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO TELÉFONO MÓBIL CORREO ELECTRÓNICO PARENTESCO

A PERSOA REPRESENTANTE DECLARA

Que todos os datos contidos neste formulario son certos.

Que autoriza as decisións médico- cirúrxicas que sexa 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