



CUESTIONARIO DE SALUD Y AUTONOMÍA PERSONAL

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

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	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EN CALIDAD DE			
<input type="text"/>			

DATOS DE SALUD

VACUNAS:

¿SUFRE ALGÚN PROCESO ALÉRGICO? NO SÍ

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR CUALES (en este caso debe entregar certificado 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 ALIMENTICIA? NO SÍ

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR CUAL/CUALES:

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

EN CASO AFIRMATIVO, QUE PRECAUCIONES SE REQUIEREN:

¿PRECISA ALGUNA ATENCIÓN ESPECIAL O APOYO? Sonda Cánulas Otras

INDICAR CUAL/CUALES:

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

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (cumplimentar, en su caso, y si es preciso, adjuntar un documento en el que se relacione con detalle)

Nombre	Dosis	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"/>

OTROS TRATAMIENTOS ACTUALES:

OTRAS OBSERVACIONES QUE CONSIDERE OPORTUNO RESALTAR:



DATOS DE SALUD (continuación)

¿SE ADJUNTAN INFORMES COMPLEMENTARIOS? NO SÍ

GRUPO SANGUÍNEO

¿QUÉ TIPO DE LIMITACIONES PRESENTA? (en el caso de persona con discapacidad)

Física Psíquica Sensorial Otra (especificar)

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

DATOS DE AUTONOMÍA PERSONAL

¿SE LEVANTA Y SE ACUESTA SOLO? NO SÍ

INDICAR QUE TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿COME SOLO? NO SÍ

INDICAR QUE TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿SE ASEA SOLO? NO SÍ

INDICAR QUE TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿SE VISTE SOLO? NO SÍ

INDICAR QUE TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿CONTROLA ESFÍNTERES? NO SÍ

INDICAR QUE TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿UTILIZA PAÑALES? NO SÍ

INDICAR CUANDO:

¿PRESENTA PROBLEMAS DE MOVILIDAD? NO SÍ

¿NECESITA AYUDA PARA ANDAR?

NO SÍ

¿ES USUARIO DE SILLA DE RUEDAS? NO SÍ

¿ES USUARIO DE ANDADOR?

NO SÍ

¿SE ADJUNTAN INFORMES COMPLEMENTARIOS? NO SÍ (en caso afirmativo indicar cuáles):

INDICAR LA NECESIDAD DE AYUDAS TÉCNICAS/APOYOS QUE PRECISA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

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

EN EL CASO DE URGENCIA AVISAR A

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

TIPO DE VÍA

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO

BLOQUE

PISO

PUERTA

CP

PROVINCIA

AYUNTAMIENTO

LOCALIDAD

TELÉFONO

TELÉFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

PARENTESCO

LA PERSONA REPRESENTANTE DECLARA

Que todos los datos contenidos en este formulario son ciertos.

Que autoriza las decisiones médico-quirúrgicas que sea preciso 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 _____