



**CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL**

**DATOS DA PERSOA SOLICITANTE**

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	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EN CALIDADE DE			
<input type="text"/>			

**DATOS DE SAÚDE**

VACINAS:

SOFRE ALGÚN PROCESO ALÉRXICO?  NON  SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR 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 INDICAR CAL/CALES:

TEN ALGUNHA ENFERMIDADE TRANSMISIBLE CON RISCO DE CONTAXIO?  NON  SI

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR QUE PRECAUCIÓNS SE REQUIREN:

PRECISA ALGUNHA ATENCIÓN ESPECIAL OU APOIO?  Sonda  Cánulas  Outras

INDICAR CAL/CALES:

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

TRATAMENTO FARMACOLÓXICO (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?

NON  SI

INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

COME SÓ?

NON  SI

INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

ASÉASE SÓ?

NON  SI

INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

VÍTESE SÓ?

NON  SI

INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

CONTROLA ESFÍNTERES?

NON  SI

INDICAR QUE TIPO DE AXUDA PRECISA:

UTILIZA CUEIROS?

NON  SI

INDICAR CANDO:

PRESENTA PROBLEMAS DE MOBILIDADE?

NON  SI

PRECISA AXUDA PARA ANDAR?

NON  SI

É USUARIO DE CADEIRA DE RODAS?

NON  SI

É USUARIO DE 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 OS/AS PAIS, NAIS OU TITORES/AS CONSIDEREN OPORTUNAS

**NO CASO DE URXENCIA AVISAR 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

**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