



DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (MENOR)

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/RAZÓN SOCIAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EN CALIDAD DE PADRE/MADRE/TUTOR/A			
<input type="text"/>			

DATOS DE SALUD

VACUNAS:

¿SUFRE ALGÚN PROCESO ALÉRGICO? NO SÍ

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁLES (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, INDIQUE CUÁL/CUÁLES:

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

EN CASO AFIRMATIVO, QUÉ PRECAUCIONES SE REQUIEREN:

¿PRECISA ALGUNA ATENCIÓN ESPECIAL O APOYO? Sonda Cánulas Otras

INDIQUE CUÁL/CUÁLES:

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

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (se deberá 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/SOLA? NO SÍ

INDIQUE QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿COME SOLO/SOLA? NO SÍ

INDIQUE QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿SE ASEA SOLO/SOLA? NO SÍ

INDIQUE QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿SE VISTE SOLO/SOLA? NO SÍ

INDIQUE QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿CONTROLA ESFÍNTERES? NO SÍ

INDIQUE QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA:

¿UTILIZA PAÑALES? NO SÍ

INDIQUE CUÁNDO:

¿PRESENTA PROBLEMAS DE MOVILIDAD? NO SÍ

¿NECESITA AYUDA PARA ANDAR?

NO SÍ

¿UTILIZA SILLA DE RUEDAS? NO SÍ

¿UTILIZA ANDADOR?

NO SÍ

¿SE ADJUNTAN INFORMES COMPLEMENTARIOS? NO SÍ (en caso afirmativo, indique 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

CÓDIGO POSTAL

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 _____