

RESPIRO FAMILIAR MUNICIPAL PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE

ANEXO I

FICHA DE COÑECEMENTO E MÉDICA (AUTORIZACIÓN)

1_ FICHA DE COÑECEMENTO

DATOS PERSOAIS

Nome _____ Nome usual _____

Apelidos _____

Data de nacemento _____

Dirección completa _____

DISCAPACIDADE

Diagnóstico (con porcentaxe de minusvalía / Grao e Nivel de Dependencia):

Outras Problemáticas, dificultades:

Datos de interese:

CUBRA AS SEGUINTE TÁBOAS MARCANDO *SI OU NON*, SEGÚN O CASO, E ENGADINDO AS OBSERVACIÓNS QUE CONSIDEREN OPORTUNAS:

Mobilidade

	SI / NON	OBSERVACIONES
Autónomo		
Camiña con axuda		
Trastorno do Equilibrio		
Utiliza cadeira de rodas só		
Utiliza cadeira de rodas con axuda		
Utiliza a cadeira con motor		
Limitación de man/brazo		

Outros: _____

Comunicación

	SI / NON	OBSERVACIONES
Verbalmente		
Oralmente/ecolalia		
Por xestos		
Por fotos/pictogramas		
Linguaxe propia		
Lee/ escribe		
Trastorno Auditivo		

Outros: _____

W.C

	SI / NON	OBSERVACIÓNS
Autónomo		
Necesita axuda, supervisión		
Usa cueiro		

Outros: _____

Aseo

	SI / NON	OBSERVACIONES
Dúchase so		
Lava a cabeza so		
Aféitase so		
Lava os dentes so		
Autonomía coas compresas		

Outros: _____

Vestido

	SI / NON	OBSERVACIONES
Vístese/desavístese sen axuda		
Ata cordóns sen axuda		
Abrocha sen axuda		
Elixer a roupa sen axuda		
Ordena roupa sen axuda		

Outros: _____

Soño

	SI / NON	OBSERVACIONES
Dorme pouco		
Espértase pola noite		
Levántase pola noite		
Dorme con luz		
Espértase polas mañás sen que o/a chamen		
Necesita algún “obxecto” para durmir		
Dorme sesta		

Outros: _____

Comida

	SI / NON	OBSERVACIÓNS
Come so		
Bebe so		
Corta sen axuda		
Pela, monda sen axuda		
Manchase		

Réxime: _____

Alerxias: _____

Alimentos que non tolera: _____

Alimentos que lle gustan especialmente: _____

Necesita axuda de algún material adaptado: _____

Comentarios:

PERSONALIDADE / CONDUTA *Cubrir cunha cruz os elementos que correspondan:*

Características

Tranquilo/a		Inquieto/a	
Sociable		Retraído/a	
Servizal		Caprichoso/a	

Outros: _____

Socialización

Illase		Cústalle relacionarse	
Obedece		Atende ordes	
Ten iniciativa		Mantén conversación	
Manexa reloxo		Manexa cartos	

Outros: _____

Seguridade

Independente		Vixilancia constante	
Non e consciente do perigo		Controla perigos da casa	
Sabe educación viaria		Moi atrevido	
Escapa			

Outros: _____

Sinceridade

De confianza		Mente a miúdo	
Sincero		Sabe mentir	
Fantasiioso		Non sabe que e	

Outros: _____

Problemas de conduta

Berrinches		Caprichos	
Fobias		Cuspe	
Rompe cousas		Tendencia a coller as cousas alleas	
Autolesionase		Tendencia a fuga	
Violento		Pega	

Outros: _____

Gustos

O silencio		Tranquilidade	
Música		Deporte	
Televisión		Pasear	
Bailar		Xogos...	

Outros: _____

Asústalle

Animais		Altura	
Escuridade		Ruído	
Multitudes			

Outros: _____

Costumes particulares:

Observacións, comentarios ou suxestións:

Vigo, a _____, de _____, de 20____

Asdo.: _____

2_FICHA MÉDICA (AUTORIZACIÓN)

Nome: _____ Apelidos: _____

DNI: _____ N° Tarxeta Sanitaria: _____

Persoas á quen avisar en caso de urxencia: _____

Teléfonos de contacto: _____

Diagnóstico _____

Medicación:

Nome medicamento	Cantidade	Horas			Como o toma

Eu, _____,
con DNI _____, **AUTORIZO** ó persoal responsable das estancias a
administrar a medicación habitual a _____,
con DNI _____, mentres dura a estancia .

Vigo, a _____, de _____, de 20____

Asdo.: _____

Outros datos importantes:

Epilepsia _____ Diabetes _____

Alerxias _____ Problemas intestinais _____

Problemas de visión _____ Problemas de audición _____

Outros _____

Vacinas: _____

Observacións:

Achegar: Fotocopia da Tarxeta Sanitaria e das Vacinas.