

ANEXO II

FICHA DE COÑECEMENTO PERSOAL

DATOS PERSOAIS DO/A SOLICITANTE:

Nome e apelidos _____

1. DATOS MÉDICOS:

	SI		NON		OBSERVACIÓNS	
Medicación						
Responsabilízase dela						
Nome do fármaco:	Dose					
	Almorzo	Comida	Merenda	Cea		
Outras situacións:						
Fuma						
	SI		NON			
Epilepsia						
Controlada						
Ausencias/convulsións						
Diabetes						
Alerxias:						
Enfermidades			SI	NON		
Predisposición a algunha enfermidade						
Padece enfermidade Infecto-contaxiosa						
Problemas de visión						
Problemas de audición						
Propenso a vómitos						
Problemas intestinais						
Vacinas						
Tipo	Tétanos	Difteria	Tosferina	Polio	Tifus	Hepatite
Data						
Gammabulina antitectánica			Data:			
Seguro de enfermidade.	SI		NON			
Seguridade Social					Nº afiliación	
Outros seguros					Nº afiliación	

***** OBLIGATORIO ACHEGAR PRESCRICIÓN MÉDICA E POSOLOXÍA (SE TOMA MEDICACIÓN DURANTE A ACTIVIDADE).**



2.- AUTONOMÍA PERSOAL:

	SI	NON	OBSERVACIÓNS
W.C.			
Control micción - Diurno			
Control deposicións - Diurno			
Desenvólvese só para ir ao W.C.			
Emprega pañal			
Aseo			
Lava os dentes			
Autonomía co uso de compresas			
Vestido			
Vístese só			
Abotoa/desabotoa			
Ata cordóns			
Ordena a súa roupa			
Mobilidade			
Desprázase só			
Camiña con axuda			
Trastornos do equilibrio			
Emprega cadeira de rodas			
Limitacións brazo/man			
Apoio continuo			
Comunicación			
Comunícase oralmente			
Comunícase por medio de xestos			
Linguaxe propia			
Le e escribe			
Trastornos auditivos			
No caso de comunicación alternativa (pictos, taboleiro de comunicación, xestos...)			
Indicar ou aportar datos de interese			
PROBLEMAS DE CONDUTA			
Condutas agresivas			
Tendencia á fuga			
REQUIRE VIXILANCIA (en caso de resposta afirmativa especificade o motivo)			
¿Pode quedar só?			



3. PERSONALIDADE/CONDUTA (Marque a opción que corresponda)

							OBSERVACIÓNS
Rasgos	Tranquilo	Inquieto	Sociable	Retraído	Servicial	Caprichoso	
Socialización	Aíllase		Cústalle relacionarse		Atende ás ordes		
	Mantén conversas		Manexa o reloxo		Manexa o diñeiro		
Colaboración	Colabora sempre		Se lle interesa insiste		Nunca colabora		
Orde	Moi desordenado		Normalmente ordenado		Meticuloso		
Autoridade	Recházaa		Acéptaa ás veces		Obedece habitualmente		
Dominancia	Sométese ós demais		Ten iniciativa		Impone ós demais		
Seguridade	Non aprecia perigos		Informa dos perigos		Independente		
	Vixilancia constante		Vixiar puntualmente		Non require vixilancia		
Sinceridade	Minte a miúdo		Minte por xustificarse		Non soe mentir		
Apariencia	Descoidado		Ocúpase insistíndolle		Coidadoso		
Condutas Problema	Berrinches		Caprichos		Fobias		
	Empurrar		Cuspir		Trabar		
	Romper cousas		Quitar obxectos		Roubar		
	Pegar		Autolesionarse		Tendencia á fuga		
Asústalle	Os animais		As multitudes		Os ruídos		
	A altura		A escuridade		Os disfraces		
Gústalle	A música		A televisión		A tranquilidade		
	Bailar		Xogos grupais		Deportes		
Reforzos	Actividades que lle gratifican:						
	Premios que lle gustan:						
	"Castigos" útis coa persoa:						
Comentarios (engadir aquilo que considere de interese):							

**CONCELLO
DE VIGO**



Praza do Rei, 1 – 36202 Vigo
Tel.: 986 810 100 – CIF: 3605700H

PROGRAMA VIGO INCLUSIVO
CONCELLERÍA DE POLÍTICA DE BENESTAR SOCIAL

Nome do centro:

4. Datos de interese a cubrir polo centro de referencia (No caso de estar nun centro)

Vigo, a _____ de _____ de 202__

Asdo. _____