



**PROGRAMA DE RESPIRO PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE**

**Concellería de Política de Benestar - Fundación  
Menela**

**Ficha Médica – Autorización**

**Nome:** ..... **Apelidos:** .....

**DNI:** ..... **Nº Tarxeta Sanitaria:** .....

**Persoa/s 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 do  
Edificio CAMI a administrar a medicación habitual  
a .....,  
....., con DNI ....., mentres dura a estancia .

Asinado:



**Outros datos importantes:**

Epilepsia.....

Diabetes.....

Alerxias.....

Problemas intestinais.....

Problemas de visión.....

Problemas de audición.....

Outros.....

.....

Vacinas: . .....

**Observacións:** .....

.....

.....

.....

**Axuntar: Fotocopia da Tarxeta Sanitaria e das Vacinas.**