



Campamentos de verán específicos para persoas con discapacidade
 (Informe médico emitido polo persoal facultativo de referencia da persoa con discapacidade)

Don/a: _____, colexiado/a nº _____, que presta os seus servizos no centro _____, de _____, con nº de tfno. _____.

DATOS DA PERSOA CON DISCAPACIDADE

Apelidos _____ e
 nome:
 Número _____ de _____ tarxeta
 sanitaria:, grupo sanguíneo:

DATOS DE SAÚDE

- Ten administradas as vacinas regulamentarias?: Si ; Non .
- Ten alerxias?: Non Si En caso afirmativo, indicar a que:
 .
- Ten epilepsia?: Non Si En caso afirmativo indicar se está controlada: Non Si .
- Ten ausencias e/ou convulsións?: Non Si . En caso afirmativo indicar con qué frecuencia:
- Ten diabetes?: Non Si En caso afirmativo indicar se utiliza insulina: Non Si .
- Precisa algunha dieta alimenticia: Non Si En caso afirmativo indicar de que tipo:
 .
- Presenta algunha enfermidade infecto - contaxiosa que orixine un risco para os demais? Non Si . En caso afirmativo indicar que riscos supón e que precaucións se requiren:
 .
- Presenta algún trastorno de conduta que poida dificultar a convivencia durante o transcurso da actividade?:
 Non Si En caso afirmativo indicar cal/es :
 .
- Indicar que tipo de atencións especiais ou apoios precisa?:



TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME OU ENFERMIDADE.

Denominación:

.

TRATAMENTO FARMACOLÓXICO

(se fora preciso pódese acompañar documento no que se relacione con detalle)

Nome	Dose	Administración

Outros tratamentos

actuais:

....

Outras observacións que considere oportuno resaltar: (proceso agudo, hospitalización, cambio de tratamento recente; terapia psicolóxica; etc.).

Achéganse informes complementarios: Non , Si

En , de de 2016

Sinatura do persoal facultativo e selo da institución sanitaria