



INFORME MÉDICO

APELIDOS E NOME: _____

Número da asistencia sanitaria: _____

Diagnóstico: _____

Medicación: _____

Nome:	Dose:	Hora:

Epilepsia: NON: ☐ SI: ☐ En caso afirmativo: Controlada: SI: ☐ NON: ☐
Ausencias/convulsións: SI: ☐ NON: ☐

Diabetes: NON: ☐ SI: ☐ En caso afirmativo: Utiliza insulina: SI: ☐ NON: ☐

Alerxias: NON: ☐ SI: ☐ En caso afirmativo indicar cal: _____

Vacinas: _____

Dieta alimenticia: NON: ☐ SI: ☐ En caso afirmativo indicar cal: _____

¿Padece algunha enfermidade infecto-contaxiosa?: NON: ☐ SI: ☐ En caso afirmativo indicar cal: _____

Coidado de si mesmo (remarque o que proceda)	Come só:	Si: ☐	Non: ☐	Con axuda: ☐
	Aséase só:	Si: ☐	Non: ☐	Con axuda: ☐
	Vístese só:	Si: ☐	Non: ☐	Con axuda: ☐
	Controla esfínteres:	Si: ☐	Non: ☐	¿Utiliza cueiros?: ☐

Mobilidade (remarque o que proceda)

¿Presenta problemas de mobilidade?: Si: ☐ Non: ☐ Usuario de cadeira de rodas: Si: ☐ Non: ☐
¿Anda con dificultade, necesita axuda?: Si: ☐ Non: ☐ Usuario de andador: Si: ☐ Non: ☐

Precisa algunha atención especial?(remarque a que proceda) Sonda ☐ Cánulas ☐ Outras ☐ ¿Cales? ☐ _____

D/Dna. _____ colexiado/a nº _____

Considera ó solicitante APTO para asistir ás seguintes actividades (remarque as que procedan)

Campamentos Integración: Albergue adaptado ☐ Albergue non adaptado ☐ En tendas ☐
Específico: Albergue adaptado ☐

Campo de traballo Integración: Albergue adaptado ☐ Albergue non adaptado ☐ En tendas ☐
Específico: Albergue adaptado ☐

Actividades físicas e deportivas ☐ En _____ a _____ de _____ de 2011

Asdo.