



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 DE IDENTIFICACIÓN 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 que 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: _____
- En caso de presentar enfermidade transmisible con risco de contaxio, indicar que riscos supón e que precaucións se requiren: _____
- Ten tratamento farmacolóxico habitual: Non Si

TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME OU ENFERMIDADE.

- Denominación: _____
- Indicar que tipo de patoloxías, limitacións e ou necesidades especiais lle ocasionan: _____
- Indicar que tipo de atencións especiais ou apoios precisa: _____
- Achéganse informes complementarios: Non Si
- Outras observacións que considere oportuno resaltar: (proceso agudo, hospitalización, cambio de tratamento recente; terapia psicolóxica; etc.). _____

En _____, de _____ de 2017

Sinatura do persoal facultativo e selo da institución sanitaria