



Procedimiento

CAMPAMENTOS DE VERANO ESPECÍFICOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Documento

INFORME MÉDICO

INFORME MÉDICO

(emitido por el personal facultativo de referencia de la persona con discapacidad)

Don/a

Colegiado/a nº

que presta sus servicios en el centro

de

con nº de teléfono

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y nombre

Número de cartilla sanitaria:

DATOS DE SALUD

- Tiene administradas las vacunas reglamentarias?: NO SI
- Tiene alergias?: NO SI En caso afirmativo, indicar a que:
- Tiene epilepsia?: NO SI En caso afirmativo indicar si está controlada: NO SI
- Tiene ausencias y/o convulsiones?: NO SI En caso afirmativo indicar con que frecuencia:
- Tiene diabetes?: NO SI En caso afirmativo indicar si utiliza insulina: NO SI
- Necesita alguna dieta alimenticia?: NO SI En caso afirmativo indicar de que tipo:
- En caso de presentar enfermedad transmisible con riesgo de contagio, indicar que riesgos supone y que precauciones se requieren:
- Tiene tratamiento farmacológico habitual: NO SI

TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME O ENFERMEDAD.

- Denominación:
- Indicar que tipo de patologías, limitaciones y o necesidades especiales le ocasionan:
- Indicar que tipo de atenciones especiales o apoyos necesita:
- Se aportan informes complementarios: NO SI
- Otras observaciones que considere oportuno resaltar: (proceso agudo, hospitalización, cambio de tratamiento reciente, terapia psicológica, etc.).

FIRMA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN SANITARIA

Lugar y fecha

,

de

de 2026