

Procedimento

CAMPAMENTOS DE VERÁN ESPECÍFICOS PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE

Documento

INFORME MÉDICO

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 teléfono

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DA PERSOA CON DISCAPACIDADE

Apelidos e nome

Número de tarxeta sanitaria:

DATOS DE SAÚDE

- Ten administradas as vacinas regulamentarias?: NON SI
- 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 si utiliza insulina: NON SI
- Necesita 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.).

SINATURA DO PERSOAL FACULTATIVO E SELO DA INSTITUCIÓN SANITARIA

Lugar e data

de 2026