



Campamentos de verano específicos para personas con discapacidad

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 tfno.

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.).

En

a de

de 2024

Firma del personal facultativo y sello de la institución sanitaria