



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:

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 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
- Diagnosticado ou en contacto con positivo en COVID -19: 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 _____ a _____ de _____ de 2022.

Sinatura do persoal facultativo e selo da institución sanitaria