

CUESTIONARIO SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL

DATOS DO MENOR

NOME:

APELIDOS:

Fecha de nacemento:..... /..... /.....

Colexio de orixen:

CONTACTO

Contacto 1: Nome e Apelidos

Relación (pai/nai/tutor) Teléfono:

Correo electrónico:

Contacto 2: Nome e Apelidos

Relación (pai/nai/tutor) Teléfono:

Correo electrónico:

DOCUMENTOS IMPORTANTES A ADXUNTAR CON ESTA FICHA

- | | | |
|--------------------------|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia de Tarxeta Sanitaria pública (OBLIGATORIO) | Nº de tarxeta:..... |
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia de Tarxeta Sanitaria privada (opcional) | Nº de tarxeta:..... |
| <input type="checkbox"/> | Fotocopia de INFORMES MÉDICOS E TRATAMENTOS | Compañía sanitaria: |

NOTA IMPORTANTE

No caso de urxencia, esta ficha é a única maneira de tomar as precaucións oportunas. Cubra a ficha médica con información veraz e avísenos si tivera algún error ou dato que considere importante. **A non resposta de algún dos apartados dará a entender que non existen problemas de saúde.**

O cumprimentar a ficha sanitaria, manifesta que os datos expostos son certos, non ocultando ningún dato que poida ser relevante para a saúde do/a nena ou de outro participante o para o desenrolo adecuado da actividade. **Se non deixa por escrito** que o propio neno/a se administra a su propia medicación, entendemos que autoriza os/as monitores para a súa administración.

D./Dona.....
como pai / mai / tutor legal do/a menor arriba referido, **DECLARO** que todos os datos nesta ficha son certos, non existindo ningunha incompatibilidade nin impedimento para a realización das actividades propostas nin para o normal desenrolo da vida cotidiana da actividade, e **AUTORIZO** aos monitores para a administración da medicación indicada, así como o desplazamiento a centros sanitarios en caso de que fora necesario.

Firmado (pai/nai/tutor legal)....., ade de.....

CUESTIONARIO SANITARIO

Marque a casilla se padece o é propenso a ter:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Problemas na pel, |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Faringitis | <input type="checkbox"/> dermatitis |
| <input type="checkbox"/> Cefaleas | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Problemas |
| <input type="checkbox"/> Crisis convulsiv | <input type="checkbox"/> nasal | <input type="checkbox"/> cardiacos |
| <input type="checkbox"/> as Diarrea | <input type="checkbox"/> Infecións bucodentales | <input type="checkbox"/> Propensión a queimaduras solares |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infecións de oído, Otitis | <input type="checkbox"/> Reacción esaxerada a picaduras |
| | <input type="checkbox"/> Mareos | |

Calendario de vacunación según CC.AA.	Grupo Sanguíneo:	A	B	AB	0	Rh: Pos /Neg
Intervencións quirúrxicas:						
Enfermidades crónicas:						
Indique se o/a menor ten algún problema do desenvolvemento ou diagnóstico de conduta (<i>por exemplo: TDAH – trastorno por déficit de atención e hiperactividade, TEA – trastorno do espectro autista, etc</i>):						
Calquera outra cousa que deba ser tida en conta:						

MEDICACIÓN

NOTA: Se necesita medicación crónica, debe adxuntar instruccións do tratamento (pautas e dosis), así como autorización e informe médico. Traerá as dosis a diario. Como consecuencia da entrega, se autoriza implícitamente a administrar dita medicación durante a escola de verán.

¿Está sometido a algún tratamento médico que deba seguir durante a súa estancia?

Sí

Tratamiento diario		
Medicamento	Dosis	Horario

REACIÓNS ALÉRXICAS

ALIMENTOS: Rogase especificar claramente se é alerxia ou intolerancia.

Se o/a menor debe seguir un régimen especial de comidas, indíquese o motivo.

ALERxIA OU INTOLERANCIA	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TER
RÉXIMEN ESPECIAL	MOTIVO	
VEXETACIÓN, POLEN	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TER
MEDICAMENTO	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TER
PICADURA DE INSECTOS	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TER
ANIMAIS	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TER
OUTROS ¿CALES?	SÍNTOMAS QUE PRESENTA	CUIDADOS A TER

Firmado (pai/nai/tutor legal)

....., ade del 20.....