



FEVADIS Federación Valenciana de personas con Discapacidad intelectual
CIF.: G-46202198
 c/ Franco Tormo nº 3 bajo. 46007-Valencia
 Telfno: 960 036 436 - 617 362 566

FOTO

INFORME MÉDICO-SANITARIO

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

| | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|--|--|---|--|
| APELLIDOS | | NOMBRE | | Nº SIP | | F.NACIMIENTO | |
| CENTRO / ENTIDAD | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO ACTUALIZADO | | | | | | | |
| PROBLEMAS PRINCIPALES (EPILEPSIA, ESTREÑIMIENTO, HEPATITIS, LAXANTES) | | | | ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y ALERGIAS | | | |
| CURAS | | | | VACUNACIONES | | | |
| SILLA DE RUEDAS <input type="checkbox"/> | | MULETAS <input type="checkbox"/> | | ANDADOR <input type="checkbox"/> | | Nº PERSONAS QUE NECESITA COMO APOYO: <input type="checkbox"/> | |
| DIETA ESPECIAL SI <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> | | ¿Cuál? (Indicar si la comida debe ser triturada) | | | |
| CONSUMIDOR DE: Café <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| ¿TIENE ALGÚN MEDICAMENTO CONTRAINDICADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? | | | | | | | |
| ¿NECESITA CAMBIOS POSTURALES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| ¿PUEDE LLEVAR MASCARILLA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| INCIDENCIAS QUE AFECTAN A NIVEL MOTOR: | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES FISIOTERAPÉUTICAS: | | | | | | | |

MEDICACIÓN ACTUAL (Tratamiento Farmacológico)

| MEDICAMENTO | DESAYUNO | COMIDA | MERIENDA | CENA |
|-------------|----------|--------|----------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

En caso de que antes de la incorporación a la Actividad se den cambios sobre este tratamiento, la familia deberá comunicar a su entidad el tratamiento actualizado, especialmente los referidos a la alimentación y tratamiento farmacológico.

Fecha emisión: ____/____/20____

Nº. Colegiado _____

Firma: _____
Médico

Firma: _____
Tutor legal

La información contenida en este documento es confidencial, puede incluir información privilegiada y está destinada únicamente a la persona o entidad indicada en el mismo. Si usted no es el destinatario adecuado (o responsable de remitirlo a la persona indicada), no revele estos contenidos a ninguna otra persona, no los distribuya o utilice para otra finalidad, ni almacene y/o copie esta información en medio alguno. Sus datos constan en un fichero titularidad de FEVADIS Federación Valenciana de Personas con Discapacidad Intelectual sita en c/ Franco Tormo, nº 3, bajo, 46007 Valencia (Valencia), (TIF: 617 362 566.). Si desea conocer qué información disponemos de Vd., modificarla, y en su caso, cancelarla, puede hacerlo enviando un escrito al efecto, acompañado de una fotocopia de su D.N.I. a la dirección anteriormente mencionada.