

INFORME MÉDICO-SANITARIO

FOTO

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 ☐ MULETAS ☐ ANDADOR ☐Nº PERSONAS QUE NECESITA COMO APOYO: ☐DIETA ESPECIAL SI ☐ NO ☐

¿Cuál? (Indicar si la comida debe ser triturada)

CONSUMIDOR DE: Café ☐ Alcohol ☐ Tabaco ☐¿TIENE ALGÚN MEDICAMENTO CONTRAINDICADO? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?¿NECESITA CAMBIOS POSTURALES? SI ☐ NO ☐¿PUEDE LLEVAR MASCARILLA? SI ☐ NO ☐

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: _____
MédicoFirma: _____
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.