|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |
| Nombre: |  | Apellidos: |  |
| Madre/padre/Tutor: |  | Madre/Padre/Tutor: |  |
| Teléfono de contacto: |  | Móvil: |  |
| Dirección: |  |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN MEDICA |
| Diagnóstico clínico: |  |
|  | SÍ | NO | OBSERVACIONES |
| ALERGIAS |  |  |  |
| CAMINA DE MANERA AUTÓNOMA |  |  |  |
| PADECE INCONTINENCIA |  |  |  |
| PROBLEMAS EN LA MASTICACIÓN/DEGLUCIÓN |  |  |  |
| SE COMUNICA DE MANERA AUTÓNOMA |  |  |  |
| LLEVA GAFAS |  |  |  |
| LLEVA PRÓTESIS AUDITIVA |  |  |  |

|  |
| --- |
| MEDICAMENTOS Y PAUTA DE ADMINISTRACIÓN |
| NOMBRE MEDICAMENTO | MAÑANA | TARDE | NOCHE | OBSERVACIONES |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA |
|  |  | TOTALMENTEINDEPENDIENTE | NECESITA MÍNIMA AYUDA | NECESITA GRAN AYUDA | TOTALMENTE DEPENDIENTE | OBSERVACIONES / ADAPTACIONES |
| ALIMENTACIÓN | COMER |  |  |  |  |  |
| BEBER |  |  |  |  |
| ASEO PERSONAL | PEINARSE |  |  |  |  |  |
| LAVARSE LA CARA/MANOS |  |  |  |  |
| LAVARSE LOS DIENTES |  |  |  |  |
| BAÑARSE |  |  |  |  |
| MICCIÓN / DEFECACIÓN |  |  |  |  |
| VESTIDO / DESVESTIDO |  |  |  |  |  |
| DEAMBULACIÓN | MARCHA |  |  |  |  |  |
| TRANSFERENCIAS SILLA/CAMA |  |  |  |  |
| DESCANSO/ SUEÑO |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CAMBIOS POSTURALES DURANTE LA NOCHE | SI | NO | LUZ PARA DORMIR | SI | NO |  |

|  |
| --- |
| OTROS DATOS DE INTERÉS |