

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL

Nombre _____



Datos Médicos

- ¿Ha sido vacunado de COVID? Sí No
- ¿Sigue algún tratamiento? Sí No
- ¿Se administra solo/a su propia medicación? Sí No
- ¿Sufre alteraciones motoras? Sí No
- ¿Es alérgico a algo? Sí No
- ¿Tiene algún tratamiento anticonceptivo? Sí No
- ¿Suele padecer alguna dolencia como dolor de cabeza, diarrea, estreñimiento? Sí No
- ¿Qué toma? _____
- _____
- _____
- _____
- ¿Ante el ciclo menstrual sufre alguna dolencia? Sí No
- ¿Qué toma? _____
- ¿Suele padecer ataques, ausencias? Sí No
- ¿Cómo hay que actuar? _____
- _____
- _____

Higiene y autonomía personal

- Se viste solo Sí No | Se lava solo Sí No
- Se ducha solo Sí No | Se afeita solo Sí No
- Se lava los dientes solo Sí No
- Conoce su ropa Sí No
- Es capaz de controlar los cambios diarios de rop Sí No
- Va al baño solo Sí No | Se orina en la cama Sí No
- Utiliza algún tipo de ayuda técnica o cuidado especial (pañal, sonda, conejo ...) Sí No
- ¿Cual? _____
- _____
- _____
- _____

Observaciones, cuidados especiales

Carácter

- ¿Se asusta fácilmente? Sí No
- ¿Tiene momentos de agresividad? Sí No
- ¿Cómo se calma? _____
- _____
- _____
- _____
- ¿Presenta conductas autolesivas? Sí No
- ¿Tiene alguna manía? Sí No
- ¿Cual? _____
- _____
- _____
- _____
- ¿Sufre insomnio? Sí No
- ¿Cómo duerme? _____
- _____
- _____

Sociabilidad

- ¿Puede salir solo, sin monitor? Sí No
- ¿Sale habitualmente en grupo? Sí No
- ¿Sabe manejar dinero solo? Sí No
- ¿Sabe desplazarse por la ciudad solo? Sí No
- ¿Sabe utilizar el autobús, conoce los recorridos habituales? Sí No
- ¿Es abierto, comunicativo con el resto de personas? Sí No
- ¿Se comporta bien en grupo? Sí No
- ¿Fuma? Sí No

Alimentación

- ¿Come de todo? Sí No
- ¿Tiene alguna manía en la comida o le sienta algo mal? Sí No
- ¿Necesita un régimen especial? Sí No
- ¿Qué? _____ (adjuntar copia)
- ¿Necesita apoyo en las comidas, como partir la comida o darle de beber? Sí No
- ¿Puede tomar bebidas alcohólicas? Sí No

Como Familiar o representante Legal, declaro que: con la firma de este documento y en su caso adjuntos, facilito la información necesaria, para la participación de mi hijo/a o tutelado, en las actividades del servicio de ocio de Fundación Personas.

Firma

Nombre _____

En Valladolid, a ____ de _____ de 2022

Diversiones

¿Qué actividades le gustan?

¿Tiene algún problema para realizar actividades físicas?

Sí No

¿Sabe nadar? Sí No

¿Tiene miedo al agua? Sí No

¿Utiliza flotador? Sí No

Comunicación

¿Tiene dificultades de expresión verbal? Sí No

¿Sabe leer? Sí No

¿Sabe escribir? Sí No

¿Utiliza algún sistema alternativo de comunicación? Sí No

Aposos técnicos

Aposos

Otros
