

FICHA DE COÑECEMENTO PERSOAL

1. DATOS PERSOAIS

Nome e apelidos: _____ DNI _____

Data de nacemento: _____

Enderezo: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____

Entidade: _____

Incapacidade xudicial: SI__ NON__ (Se a resposta é SI, cumprimentar os datos do titor)

Nome e apelidos do titor: _____

Teléfono de contacto: _____

Acompañar se é o caso Sentencia de Incapacitación Xudicial.

2. DATOS MÉDICOS

Medicación: _____ Si ___ Non

Responsabilízase dela: _____ Si ___ Non

Nome do fármaco:	Doses:				
	Almorzo	Comida	Merenda	Cea	Outros (especificar)

Sinatura:

	Si	Non	Observacións
Epilepsia:			
Controlada			
Ausencias/Convulsións			
Diabetes			
Alerxias			
Outros	Especificar claramente en Observacións		
Enfermidades	Si	Non	
Predisposición a algunha enfermidade			
Padece enfermidade Infecto- contaxiosa			
Propenso a vómitos			
Problemas intestinais			
Outras	Especificar claramente no apartado de observacións		

Vacinas						
Tipo:	Tétanos	Difteria	Tosferina	Polio	Tifus	Hepatite
Data:						
Gammabulina antitetánica				Data:		
Seguro de enfermidade			Si	Non		
Seguridade Social					Nº:	
Outros seguros:						
Observacións (Datos Médicos Complementarios):						

3. AUTONOMÍA PERSOAL:

Sinatura:

	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Necesita apoio permanente (en caso de necesitalo, especificar o tipo de apoio)			
Comida	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Come só			
Bebe só			
Corta			
Monda			
Alimentos que non tolera			
Réxime			
Pode tomar cafeína (Café, Coca-cola,...)			
W.C.	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Control micción:			
- Diúrno			
- Nocturno			
Control deposicións:			
- Diúrno			
- Nocturno			
Desenvólvese só para ir ó W.C.			
Emprega cueiros			
Aseo	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Dúchase só			
Supervisión en ducha			
Lávase a cabeza			
Afeitase só			
Supervisión en afeitado			
Lava os dentes			
Autonomía co uso das compresas			

Vestido	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Vístese só			
Abotoa			
Desabotoa			
Ata cordóns			
Ordena a súa roupa			

Sono	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Espértase pola noite			
Érguese pola noite			
Durme coa luz apagada			
Mobilidade	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Desprázase só			
Camiña con axuda			
Trastornos no equilibrio			
Problemas de:			
- Coordinación			
- Hiperactividade			
- Manipulación			
- Outros			
Emprega cadeira de rodas			
Limitacións brazo/man			
Comunicación	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Comunícase oralmente			
Comunícase por medio de xestos			
Linguaxe propia			
Sabe ler			
Sabe escribir			
Trastornos auditivos			
Coidado de si mesmo (marcar unha opción)			
Require vixilancia constante			
Require vixilancia en situacións especiais			
Case independente			
Independente			
Totalmente independente			
		SI	NON
Sentido da orientación			
Sabe nadar (moi importante)			

Sinatura:

Observacións (sobre autonomía persoal):

--

Marque cun X no que proceda:

4. PERSONALIDADE / CONDUCTA (Marque a opción que corresponda)

Gústalle	A música		A televisión		A tranquilidade	
	Bailar		Xogos grupais		Deportes	
	Outros:					
Reforzos	Actividades que lle gratifican:					
	Premios que lle gustan:					

Conductas	Enfadados		Caprichos		Fobias	
	Empuxar		Cuspir		Trabar	
	Romper cousas		Quitar obxectos		Roubar	
	Pegar		Autolesionarse		Tendencia á fuga	
Pautas de actuación (Observacións):						

Sinatura:

Trazos	Tranquilo		Sociable		Servizal	
	Inquieto		Retraído		Caprichoso	
Socialización	Íllase		Cústalle relacionarse		Atende ás ordes	
	Mantén conversas		Manexa o reloxo		Manexa o diñeiro	
Colaboración	Colabora sempre		Se lle interesa/insiste		Nunca colabora	

Orde	Moi desordenado		Normalmente ordenado		Meticuloso	
Autoridade	Rexéitaa		Acéptaa ás veces		Obedece habitualmente	
Influencia	Sométese os demais		Ten iniciativa		Imponse os demais	
Seguridade	Non aprecia perigos (Vixilancia constante)		Informa dos perigos (Vixilancia puntual)		Independente (Non require vixilancia)	
Sinceridade	Minte a miúdo		Minte por xustificarse		Non soe mentir	
Aparencia	Descoidado		Ocúpase insistíndolle		Coidadoso	
Asústalle	Os animais		As multitudes		Os ruídos	
	A altura		A escuridade		Os disfraces	
	Outros:					
Manías, costumes e hábitos (Observacións):						

Don/D^a _____ con D.N.I. _____

como _____ de _____ declaro que son certos tódolos datos que aparecen nesta enquisa.

Asdo.:

Data: _____ 2022

Sinatura:

Nota: Este documento deberá de estar asinado ademais de nesta folla no borde de tódalas páxinas.

Ademais, se existise algunha diferenza co reflectido no certificado médico, por ser este anterior, e térselle reaxustada en datas posteriores a medicación, terá que aportarse o xustificante médico correspondente, e achegarse copia tanto na ficha de coñecemento persoal como no certificado médico.