



FICHA DE COÑECEMENTO PERSOAL ANO 2011

1. DATOS PERSOAIS DO BENEFICIARIO:

Nome e apelidos _____
 Data de nacemento _____ D.N.I. _____
 Dirección: Rúa _____ N° _____
 Poboación _____ C.P. _____
 Provincia _____
 Teléfono _____
 Tipo de minusvalía: _____
 Indicar o que corresponda: Lixeiro ___ Límite ___ Medio ___ Severo ___
 Porcentaxe de minusvalía: _____%
 Necesidades de apoio: _____
 Incapacidade Legal: Si ___ En trámite ___ Non ___
 Valoración Dependencia: Si ___ En trámite ___ No ___
 Resolución cualificación dependencia: Grado _____ Nivel _____
UTILIZA CADEIRA DE RODAS: Marcar lo que proceda: SI NON
 En caso afirmativo: Marcar el tipo de cadeira MANUAL ELECTRICA

2. DATAS NAS QUE DESEXA ASISTIR (Indicar por orde de preferencia 1º, 2º, 3º)

Abril		Maio		Xuño	
16		14		11	
30		28			

Outubro		Novembro		Decembro	
8		5		3	
22		19			

3. DATOS DO SOLICITANTE: (Pai, nai, titor)

Nome e apelidos: _____
 Parentesco: ___ D.N.I.: _____
 Domicilio: _____ Telf.: _____

4. DATOS MÉDICOS:

	SI	NON	OBSERVACIÓNS
--	----	-----	--------------

Medicación								
Responsabilízase dela								
Nome do fármaco:							Dose	
		Almorzo	Comida	Merenda	Cea			
						SI	NON	
Epilepsia								
Controlada								
Ausencias/convulsións								
Diabetes								
Alerxias								
Enfermedades					SI	NON		
Predisposición a algunha enfermidade								
Padece enfermidade Infecto-contaxiosa								
Problemas de visión								
Problemas de audición								
Propenso a vómitos								
Problemas intestinais								
Vacinas								
Tipo	Tétanos	Difteria	Tosferina	Polio	Tifus	Hepatite		
Data								
Gammabulina antitetánica				Data:				
Seguro de enfermidade		SI	NON					
Seguridade Social							Nº afiliación	
Outros seguros							Nº afiliación	

*** OBLIGATORIO ACHEGAR PRESCRIPCIÓN MÉDICA E POSOLOXÍA.

5. AUTONOMÍA PERSOAL:

	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Necesita apoio permanente			
Comida			
Come só			
Bebe só			
Corta			
Monda			
Alimentos que non tolera			
Réxime			
W.C.			
Control micción - Diurno			
Control deposicións - Diurno			
Desenvólvese só para ir ó W.C.			
Emprega pañal			

Aseo			
Dúchase só			
Lávase a cabeza			
Lava os dentes			
Autonomía co uso de compresas			
Vestido			
Vístese só			
Abotona/desabotona			
Ata cordóns			
Ordena a súa roupa			
Mobilidade			
Desprázase só			
Camiña con axuda			
Trastornos do equilibrio			
Emprega cadeira de rodas			
Limitacións brazo/man			
Comunicación			
Comunícase oralmente			
Comunícase por medio de xestos			
Linguaxe propia			
Le e escribe			
Trastornos auditivos			
No caso de comunicación alternativa (pictos, taboeiro de comunicación, xestos...)indicar ou aportar datos de intereses			
PROBLEMAS DE CONDUCTA			
Conductas agresivas			
Tendencia á fuga			
REQUIRE VIXILANCIA (en caso de de resposta afirmativa especificade o motivo)			

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

				OBSERVACIÓNS
Rasgos	Tranquilo/ Inquieto	Sociable/ Retraído	Servicial/Caprichoso	
Socializac.	Íllase	Cústalle relacionarse	Atende ás ordes	
	Mantén conversas	Manexa o reloxo	Manexa o diñeiro	
Colaborac.	Colabora sempre	Se lle interesa /insiste	Nunca colabora	
Orde	Moi desordenado	Normalmente ordenado	Meticuloso	
Autoridade	Recházaa	Aceptaa ás veces	Obedece habitualmt.	
Dominancia	Sométese ós demais	Ten iniciativa	Imponse ó demais	
Seguridade	Non aprecia perigos	Informa dos perigos	Independente	
	Vixilancia constante	Vixilar puntualmente	Non require vixilanc.	
Sinceridade	Minte a menudo	Minte por xustificarse	Non soe mentir	
Apariencia	Descoidado	Ocúpase insistíndolle	Coidadoso	
Conductas	Berrinches	Caprichos	Fobias	



Problema	Empuxar	Cuspir	Trabar	
	Romper cousas	Quitar obxectos	Roubar	
	Pegar	Autolesionarse	Tendencia á fuga	
Asústalle	Os animais	As multitudes	Os ruídos	
	A altura	A escuridade	Os disfraces	
Gústalle	A música	A televisión	A tranquilidade	
	Bailar	Xogos grupais	Deportes	
Reforzos	Actividades que lle gratifican:			
	Premios que lle gustan:			
	"Castigos" útiles coa persoa:			
Comentarios (engadir aquilo que considere de interese):				

Don/Dna. (solicitante) _____ con D.N.I. _____ como
(pai/nai/titor) _____ declaro que son certos tódolos datos
que aparecen nesta solicitude.

Asdo. (solicitante):

7. A CUBRIR POLO CENTRO DE REFERENCIA (No caso de vir derivado dun cento)

Centro de Atención		
Persoa que revisou a Ficha		sinatura
Observacións de Interese		