**Campamentos de verán específicos para persoas con discapacidade**

**Informe médico**

(emitido polo persoal facultativo de referencia da persoa con discapacidade)

Don/a: , colexiado/a nº , que presta os seus servizos no centro , de , con nº de tfno. .

|  |
| --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DA PERSOA CON DISCAPACIDADE** |
| Apelidos e nome:Número de tarxeta sanitaria:  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE SAÚDE** |
| - Ten administradas as vacinas regulamentarias?: Non [x] .- Ten alerxias?: Non [x]  Si [x]  En caso afirmativo, indicar a que: - Ten epilepsia?: Non [x]  Si [x]  En caso afirmativo indicar se está controlada: Non [x]  Si [x] .- Ten ausencias e/ou convulsións?: Non [x]  Si [x] . En caso afirmativo indicar con que frecuencia:- Ten diabetes?: Non [x]  Si [x]  En caso afirmativo indicar se utiliza insulina: Non [x]  Si [x] .- Precisa algunha dieta alimenticia?: Non [x]  Si [ ] - En caso de presentar enfermidade transmisible con risco de contaxio, indicar que riscos supón e que precaucións se requiren: - Ten tratamento farmacolóxico habitual: Non [x]  Si [ ] -Diagnosticado ou en contacto con positivo en COVID -19: Non [x]  Si [ ]  |

|  |
| --- |
| **TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME OU ENFERMIDADE.** |
| - Denominación:- Indicar que tipo de patoloxías, limitacións e ou necesidades especiais lle ocasionan:- Indicar que tipo de atencións especiais ou apoios precisa:- Achéganse informes complementarios: [x]  - Outras observacións que considere oportuno resaltar: (proceso agudo, hospitalización, cambio de tratamento recente, terapia psicolóxica; etc.). |

En a de de 2020.

Sinatura do persoal facultativo e selo da institución sanitaria