**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 .  - Ten alerxias?: Non  Si  En caso afirmativo, indicar a que:  - Ten epilepsia?: Non  Si  En caso afirmativo indicar se está controlada: Non  Si .  - Ten ausencias e/ou convulsións?: Non  Si . En caso afirmativo indicar con que frecuencia:  - Ten diabetes?: Non  Si  En caso afirmativo indicar se utiliza insulina: Non  Si .  - Precisa algunha dieta alimenticia?: Non  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  Si  -Diagnosticado ou en contacto con positivo en COVID -19: Non  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:  - 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