



FICHA DE CONOCIMIENTO DEL PARTICIPANTE

- **Este fichero solo será necesario rellenarlo una vez, aunque haya apuntado a su hijo a mas de una semana. Sera totalmente confidencial para la administración y para la empresa adjudicataria del campamento**

Apellidos y Nombre

I.- DATOS MÉDICOS:

◆ **Medicación:**

¿Tiene tratamiento médico?: SI ___ NO ___

Indicar el nombre del medicamento/ s y el horario de las tomas y la dosis:

MEDICACIÓN	POSOLOGIA

(Adjuntar los datos de la medicación)

(En el caso de un posible cambio hasta la fecha de utilización del servicio, adjuntar prescripción médica)

¿Tiene un horario de toma especial?: SI ___ NO ___

En caso afirmativo indicar el día, hora y dosis:

¿En ocasiones esconde la medicación?: SI ___ NO ___

¿Es necesario administrarle la medicación?: SI ___ NO ___

◆ **Movilidad:**

¿Sufre alteraciones motoras ? : SI ___ NO ___

¿Dónde? :Piernas ___ Brazos ___ Todo el cuerpo ___

Formas de desplazarse:

.A pie: ___ Silla de ruedas: ___ .Muletas ___ .Gateando: ___ Otras: ___

◆ **Alergias:**

¿Es alérgico a algo?: SI ___ NO ___

¿Algún medicamento? SI ___ NO ___, en caso afirmativo ¿cuál? _____

¿Algún Alimento ? SI ___ NO ___, en caso afirmativo ¿cuál? _____

¿Plantas, polen, animales? SI ___ NO ___, en caso afirmativo ¿cuál? _____

¿Indicar otro tipo de alergias? _____

¿Precisa Tratamiento?: SI ___ NO ___

Indicar el tratamiento para la alergia _____

◆ **Vacunas:**

¿Está vacunado contra el Tétanos ? : SI ___ NO ___ ¿Recuerda la Fecha? _____

¿Está vacunado contra la hepatitis?: SI ___ NO ___ ¿Recuerda la fecha? _____



Apellidos y Nombre

◆ **Enfermedades más frecuentes:**

¿En la actualidad padece algún tipo de infección?: SI ___ NO ___
 ¿Nariz? SI ___ NO ___ ¿Oído? SI ___ NO ___ ¿Garganta? SI ___ NO ___
 ¿qué toma? _____
 ¿Diarreas? SI ___ NO ___ ¿Estreñimientos? SI ___ NO ___ ¿Qué toma? _____
 ¿Dolor de cabeza? SI ___ NO ___ ¿Qué toma? _____
 Indicar otras Enfermedades frecuentes _____
 ¿Dolores de Menstruación? SI ___ NO ___ ¿Qué toma? _____

MARQUE LA OPCION QUE PROCEDA. EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR COMO ACTUAN

¿Suele padecer algún tipo de crisis? Si ___ No ___
 En caso afirmativo indicar cual _____

¿Con qué frecuencia? _____ ¿Con qué duración? _____
 ¿Cómo actúan en esos momentos de crisis? _____

¿Ataques? SI ___ NO ___ ¿De que tipo? _____
 ¿Cómo actúan en esos momentos? _____

¿Con qué frecuencia? _____ ¿Con qué duración? _____

¿Mareos? SI ___ NO ___ ¿Cómo actúan en esos casos? _____

¿Con qué frecuencia? _____ ¿Con qué duración? _____

¿Ausencias? SI ___ NO ___ ¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Con qué duración? _____ ¿Cómo actúan en esos momentos? _____

¿Está convaleciente de alguna enfermedad?: SI ___ NO ___
 En caso afirmativo ¿De cual? _____

◆ **Hábitos inadecuados:**

¿Toma bebidas con cafeína (Café, coca cola, otras)? SI ___ NO ___
 ¿Fuma?: SI ___ NO ___ ¿Es necesario controlarle el tabaco?: SI ___ NO ___
 ¿Toma bebidas alcohólicas (en caso de ser mayor de edad)? SI ___ NO ___ ¿Cuáles?: _____

2.- CARÁCTER

◆ **Estabilidad:**

¿Tiene temores a algo?: SI ___ NO ___ ¿A qué? _____
 ¿Cómo se calma? _____



Apellidos y Nombre

¿Es fácilmente irritable? : SI ___ NO ___

¿Ante qué suele ponerse irritable? _____

¿Cómo se calma ? _____

¿Tiene cambios de humor o rabietas frecuentes?: SI ___ NO ___

¿Miente con frecuencia?: SI ___ NO ___

◆ **Autoridad:**

¿Es una persona sumisa?: SI ___ NO ___

¿Es dominante con los compañeros?: SI ___ NO ___

¿Acepta las normas con dificultad?: SI ___ NO ___

En caso afirmativo, ¿Cómo actúa, cuando no le gusta una norma? _____

¿Le cuesta aceptar que le lleven la contraria?: SI ___ NO ___

◆ **Conductas inapropiadas:**

¿Tiene conductas inapropiadas?: SI ___ NO ___

¿Cuáles?:

En caso afirmativo, ¿cómo se actúa?

¿Suele esconder o coger cosas ? : SI ___ NO ___

¿Suele romper cosas?: SI ___ NO ___

En caso afirmativo, ¿cómo se actúa? _____

¿Tiene momentos de agresividad hacia los otros?: SI ___ NO ___

En caso afirmativo ¿Cómo se actúa? _____

¿Se autolesiona?: SI ___ NO ___

En caso afirmativo ¿Cómo se actúa? _____

¿Tiene alguna esterotípia?: SI ___ NO ___

¿Grita o llora con frecuencia?: SI ___ NO ___

En caso afirmativo ¿Cómo se actúa? _____

¿Tiene alguna fobia o manía?: SI ___ NO ___

En caso afirmativo ¿Cómo se actúa? _____

¿Tiene conductas suicidas?: SI ___ NO ___

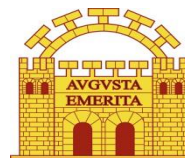
¿Qué situaciones suelen provocar este tipo de conductas? _____

¿Qué se suele hacer para controlarlas? _____

¿A qué tipo de premios responde mejor? _____

¿Qué castigos dan mejor resultado? _____

¿Cómo suele comportarse fuera de casa o con extraños?. _____



Apellidos y Nombre

3.- DIVERSIONES

¿Realiza alguna actividad en su tiempo libre?: SI ___ NO ___

¿Cuáles? _____

¿Tiene algunas aficiones?: SI ___ NO ___

¿Cuáles? _____

¿Asiste a algún centro de Ocio?: SI ___ NO ___

¿Qué tipo de actividades o diversiones le agradan más? _____

¿Tiene algún problema para realizar actividades físicas? _____

¿Practica alguna actividad deportiva?: SI ___ NO ___

¿Cuál? _____

¿Dónde? _____

¿La realiza por su cuenta u organizada por otros? _____

¿Sabe nadar? : SI ___ NO ___

Necesita ayuda para nadar (siempre con otra persona, le basta con churro...): _____

Importante este apartado de la natación por que iremos a la piscina algún día

4.- HABITOS DE AUTONOMÍA SOCIAL

¿Es abierto y le gusta relacionarse con los demás?: SI ___ NO ___

¿Hace fácilmente amigos?: SI ___ NO ___

¿Le cuesta relacionarse con personas desconocidas?: SI ___ NO ___

¿Cómo se comporta en grupo?:

- Suele aislarse: _____
- No hace caso a las órdenes: _____
- Reacciona mal ante desconocidos: _____
- Tiende a conversar con todo el mundo: _____
- Tiene dificultades de expresión verbal : _____
- Sabe leer : _____
- Sabe escribir: _____
- Sabe utilizar el reloj: _____
- Sabe manejar el dinero: _____

5.- HABITOS DE AUTONOMIA PERSONAL

◆ Vestido:

¿Se viste solo ? : SI ___ NO ___

¿Necesita apoyo para vestirse?: SI ___ NO ___

¿Cuáles?: _____

¿Conoce su ropa ? : SI ___ NO ___

¿ Se cambia espontáneamente de ropa o hay que insistirle ? _____



Apellidos y Nombre

◆ Aseo:

- ¿Se lava solo?: SI ___ NO ___
 ¿Se ducha solo?: SI ___ NO ___
 ¿Necesita ayuda para ducharse?: SI ___ NO ___
 ¿Tiene especial temor al agua?: SI ___ NO ___

◆ Dormir: (No es obligatorio,)

- ¿A que hora acostumbra a acostarse? _____
 ¿Tiene alguna costumbre para dormirse? _____
 ¿Se despierta con frecuencia durante la noche? : SI ___ NO ___
 ¿A qué hora suele levantarse? _____

◆ Esfínteres:

- ¿Controla sus esfínteres durante el día? SI ___ NO ___
 ¿Durante la noche? :SI ___ NO ___
 ¿Necesita pañales?: SI ___ NO ____,
 ¿Cuándo?:
 .Siempre: SI ___ NO ___ .Por la noche: SI ___ NO ___
 .Por el día: SI ___ NO ___ .En algunas ocasiones: SI ___ NO ___ ¿Cuándo? _____

6.- ALIMENTACIÓN(No es obligatorio, pero todos los días se tomaran la merienda con nosotros y nos puede ser útil esta información)

- ¿Come solo?: SI ___ NO ___
 ¿Necesita apoyo a la hora de comer?: SI ___ NO ___
 En caso afirmativo ¿Qué tipo de apoyos?

- ¿Come de todo? : SI ___ NO ___ En caso negativo ¿qué es lo que no come? _____
 ¿Le sienta algo mal?: SI ___ NO ____, ¿Qué alimentos le sientan mal? _____

- ¿Sigue algún régimen especial?: SI ___ NO ___
 En caso afirmativo háganos llegar una copia del mismo.

¿Come?:

- Sólidos: SI ___ NO ___ .Semisólidos: SI ___ NO ___
- Triturado: SI ___ NO ___
- Mucho: SI ___ NO ___ .Normal: SI ___ NO ___ .Poco: SI ___ NO ___
- Mastica bien: SI ___ NO ___ .Regular: SI ___ NO ___ .Mal: SI ___ NO ___

- ¿Tiene alguna manía en la comida?: SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____
 ¿Tira la comida?: SI ___ NO ___
 ¿Quita comida?: SI ___ NO ___
 En caso afirmativo ¿Qué se hace en estos casos? _____



Apellidos y Nombre

7.- OBSERVACIONES

Indíquenos aquello que piense que hemos podido olvidar y considera de importancia para una buena atención de su familiar. *Rogamos que si lo estima necesario nos acompañe un informe complementario que recoja aquella información que no haya podido quedar clara y explícita en este documento..*

8.- FOTOS Y VIDEOS

Autoriza a la empresa adjudicataria la toma de foto y video con fines no comerciales. El objetivo de esto es poder darles a finales de verano un CD con fotos y videos que recoja la estancia de su hijo en el campamento.

¿Autoriza usted a la empresa a tomar fotos y videos?

Si Autorizo
 No Autorizo

9.- TRANSPORTE

Todos los viernes (a excepción de la 1ª semana) se intentará hacer salidas del centro, con nuestros propios vehículos y un vehículo adaptado para personas con movilidad reducida.

¿Autoriza usted a la empresa a trasladar a su hijo/a en sus vehículos, en caso de ser necesario para alguna excursión?.

Si Autorizo
 No Autorizo

En Mérida a ___ de _____ de 2015

Firma del padre, madre o tutor