

Imprescindible
Fotografía
Reconocible

FICHA ESCUELA VERANO INCLUSIVA

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS				
DNI	Nº S.S.	F. NACTO.	GRADO	
Trastornos asociados				
<input type="checkbox"/> usa gafas	<input type="checkbox"/> usa audífono	<input type="checkbox"/> se lo quita	LOCALIDAD	
Tipo de recurso al que asiste			Asociación	
TUTOR/A				
TELEFONOS CONTACTO				
COMPOSICIÓN FAMILIAR (unidad de convivencia)	PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	E. CIVIL
Situac. sociofamiliar				
Acude a la estancia: <input type="checkbox"/> Voluntario, lo desea expresamente <input type="checkbox"/> Forzado, no le apetece				

2. Rasgos de comportamiento/personalidad

<input type="checkbox"/> Alegre	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Distráido/a
<input type="checkbox"/> Activo/a	<input type="checkbox"/> Nervioso/a	<input type="checkbox"/> Lloro con facilidad
<input type="checkbox"/> Tímido/a	<input type="checkbox"/> Perezoso/a	<input type="checkbox"/> Rencoroso/a
<input type="checkbox"/> Depresivo/a	<input type="checkbox"/> Utiliza lenguaje grosero	<input type="checkbox"/> Mentiroso/a
<input type="checkbox"/> Pasivo/a	<input type="checkbox"/> Hablador/a	<input type="checkbox"/> Caprichoso/a
<input type="checkbox"/> Desobediente	<input type="checkbox"/> Cariñoso/a	<input type="checkbox"/> Desordenado/a
<input type="checkbox"/> Toma iniciativas	<input type="checkbox"/> Tolerar la frustración	<input type="checkbox"/> Cambios emocionales

Observaciones:	
-----------------------	--

3. SOCIALIZACIÓN

Monitores		
<input type="checkbox"/> Respetar normas	<input type="checkbox"/> Respetar acuerdos	
<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Actitud diferente según sexo del monitor:	
Prefiere... <input type="checkbox"/> monitor <input type="checkbox"/> monitora <input type="checkbox"/> indiferente		
Observaciones:		
Compañeros		
<input type="checkbox"/> Lidera/dirige	<input type="checkbox"/> Dependiente	
<input type="checkbox"/> Se aísla de ellos	<input type="checkbox"/> Los rechaza	
<input type="checkbox"/> Tiende a producir rechazo	<input type="checkbox"/> Hace amigos con facilidad	
<input type="checkbox"/> No tolera a algunos compañeros:		
Observaciones:		
Le gusta participar en		
<input type="checkbox"/> Actividades estructuradas, con actividad específica, supervisión,...		
<input type="checkbox"/> Actividades libres, poco controladas, con colectivos,...		
<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> Genera conflictos en momentos de inactividad	
Actividades preferidas (propuestas concretas):		
Deportes:	Talleres:	Ocio:
Observaciones:		

4. COMUNICACIÓN

Forma de comunicarse		
<input type="checkbox"/> Verbal	Idioma: <input type="checkbox"/> Castellano <input type="checkbox"/> Valenciano	Nombre al que atiende:
<input type="checkbox"/> Gestos	<input type="checkbox"/> Mirada	<input type="checkbox"/> Lenguaje propio. Especificar: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sabe leer	<input type="checkbox"/> Sabe escribir	
Capacidad de comprensión: <input type="text"/>		
Observaciones:		

5. AUTOCUIDADO

VESTIDO	Se viste			Se desviste		
	solo	c. apoyo		solo	c. apoyo	
		verbal	físico		verbal	físico
Ropa interior	<input type="checkbox"/>					
Pantalones	<input type="checkbox"/>					
Sueter	<input type="checkbox"/>					
Chaqueta	<input type="checkbox"/>					
Cremalleras	<input type="checkbox"/>					
Botones	<input type="checkbox"/>					
Lazos	<input type="checkbox"/>					

Discrimina ropa limpia/sucia

Guarda y ordena su ropa

Observaciones:

ALIMENTACIÓN				
<input type="checkbox"/> No utiliza cubiertos				
UTILIZA	Solo	Con apoyo		
		verbal	físico	Tecnológico: adaptaciones
Cuchara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tenedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuchillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servilleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tiene apetito <input type="checkbox"/> Se sirve agua <input type="checkbox"/> Hay que recordarle que beba. Frecuencia: Dieta especial: <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Hipocalórica <input type="checkbox"/> Hiposódica <input type="checkbox"/> Baja en colesterol Toma: <input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> refrescos sin cafeína <input type="checkbox"/> refr. con cafeína Textura especial: <input type="checkbox"/> Troceado <input type="checkbox"/> Masticado <input type="checkbox"/> Triturado <input type="checkbox"/> Alergia a alimentos. ¿Cuáles? Alimentos que no le sientan bien:				

Alimentos que no le gustan:

Observaciones:

ASEO PERSONAL				
Aseo	Solo	Con apoyo		
		verbal	físico	Tecnológico: adaptaciones
Ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Afeitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compresas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

se afeita con cuchilla con maquina eléctrica Observaciones:

Control de esfínteres					
Micciona	Día	Solo	Con apoyo		
			verbal	físico	Tecnológico: adaptaciones, programación,...
Defeca	Día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se limpia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Avisa cuando el pañal está sucio Observaciones:

6. USO DE LA COMUNIDAD

Seguridad vial	<input type="checkbox"/> Controla solo
<input type="checkbox"/> Cuidado con obstáculos	<input type="checkbox"/> Requiere apoyo verbal <input type="checkbox"/> Necesita ir de la mano
Baño	<input type="checkbox"/> Le gusta bañarse <input type="checkbox"/> Sabe nadar
<input type="checkbox"/> Le da miedo la piscina	<input type="checkbox"/> Le da miedo la playa <input type="checkbox"/> Se baña con alguien
<input type="checkbox"/> Utiliza manguitos/flotador	
Instalación	Peligro con balcones, escaleras,...
Recursos comunitarios que:	
Puede utilizar:	NO puede utilizar

Observaciones:

7. CONDUCTAS A DESTACAR

<input type="checkbox"/> Hurta/Acumula objetos	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Conductas sexuales inapropiadas	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Rituales/estereotipias	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Agresiones a personas u objetos y autoagresiones	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Provoca a sus compañeros	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Negación y oposición a las indicaciones dadas	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Tendencia a la fuga	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Miedos o fobias	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Situaciones que le pueden suponer peligro	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Llamadas de atención/simulación de enfermedades	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Embadurna con heces	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Ingiere objetos no comestibles	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:
<input type="checkbox"/> Otras conductas destacables	Descripción/frecuencia: Desencadenante: Pautas de actuación:

8. INFORMACIÓN MÉDICA Y SANITARIA

ALERGIA A FÁRMACOS. ¿Cuáles?

ENFERMEDADES QUE PADECE:

- Hipertensión arterial
 Diabetes

Epilepsia. Describir las crisis:

FRECUENCIA

INTENSIDAD

CONVULSIONES/AUSENCIAS

Alergias conocidas. ¿A qué?, síntomas, tratamiento,...

Hongos

Tendencia a padecer: Otitis Conjuntivitis

Otras. Detallar:

Simula crisis u otras enfermedades

OBSERVACIONES / ANTECEDENTES:

ESTADO ACTUAL:

TRATAMIENTO ACTUAL:

Medicamento	Desayuno	Comida	Cena

MENSTRUACIÓN

Tiene menstruación

Es irregular. Detallar:

Tiene dolores. Toma calmante, cuál...

Se altera. Detallar:

Observaciones:

MOVILIDAD

Altura

Peso

Se fatiga

Camina sin ayuda con ayuda. Especificar:

Usa silla de ruedas solo desplazamientos largos continuamente

Apoyo para transferencias a ducha, WC,... Especificar

Adaptaciones especiales en la silla de ruedas:

Órtesis (aparatos externos). Detallar:

Posturas atípicas:

Posturas a corregir, cambios posturales, frecuencia,...

Observaciones:

CLÁUSULA INFORMATIVA REDUCIDA PARA LOS INTERESADOS (CLIENTES, ASOCIADOS, ETC.)

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.: Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico; Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.-

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: UPAPSA, CL GARCÍA GUTIERREZ, 4, CP 03013, ALICANTE (Alicante). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Firma : _____
Responsable información contenida en el informe

Fecha validez: _ / _ / 20