



Socio Es acompañante (indicar a quien acompaña)

No socio

Número documento de identidad

Nombre

Letra N.I.F

1^{er} Apellido

Hombre Mujer

2^{do} Apellido

Edad

Población de nacimiento

Provincia de nacimiento

Domicilio actual : Especificar (Calle, Plaza ...)

Nombre de la vía

Número

Escalera

Piso

Población

Código Postal

Provincia

Teléfono de contacto

Nº teléfono de contacto

Fax

Discapacidad que presenta

MIEMBROS INFERIORES

Esto quiere decir que por su discapacidad tiene dificultades en los miembros inferiores.
 (Marque con una x las casillas que correspondan)

- Usuario de silla de ruedas Usuario de dos muletas/bastones Usuario de muleta/bastón NO puedo subir/bajar escaleras
- No puedo en pie quieto/estático NO puedo caminar NO puedo aguantar mucho tiempo caminando
- No puedo mantener la estabilidad llevando peso con ambas manos, mientras camino

MIEMBROS SUPERIORES

Esto quiere decir que por su discapacidad tiene dificultades en los miembros superiores.
 (Marque con una x las casillas que correspondan)

- Ausencia de ambos brazos Ausencia de un brazo Ausencia de ambas manos Ausencia de una mano
- Ausencia de uno o más dedos de una mano Limitación funcional en ambos brazos Limitación funcional de un brazo
- Dificultad de manipulación de objetos/falta de destreza manual

Señala con una X talla camiseta 06 08 10 12 14 16 S M L X XL XXL

1. DATOS PERSONALES

Nombre Apellidos

Fecha de Nacimiento Domicilio

C.P. Localidad

Teléfono fijo: Móvil:

En caso de cualquier problema avisar a:

Dirección:

Nombre del padre: Nombre de la madre:

¿Acude a algún centro?

2. CARÁCTER

¿Tiene temores a algo? Si No ¿A qué? ¿Cómo se calma?.....

¿Temores nocturnos? Si No ¿A qué? ¿Cómo se calma?.....

¿Es fácilmente irritable? Si No ¿A qué?

¿Tiene momentos de agresividad? Si No ¿Ante qué? ¿Cómo se calma?.....

¿Suele coger o esconder cosas? Si No

¿Tiene alguna manía? Si No ¿Cuál?

3. DIVERSIONES

¿Cómo pasa su tiempo libre?

¿Qué tipo de actividades o diversiones le agradan más?

¿Tiene algún problema para realizar actividades? Si No ¿Cuál?

¿Cómo se encuentra más a gusto?

¿Con juegos sedentarios?

¿Con juegos movidos?

¿Con actividades en grupo?

¿Sabe nadar? Si No.....

¿Tiene especial afición a algún deporte? Si No ¿Cuál?

4. SOCIABILIDAD

Es abierto o por el contrario poco comunicativo

¿Hace fácilmente amigos? Si No

¿Cómo se comporta en grupo? Aísla Se integra poco, no participa, se inhibe Participa.....

.....

5. DATOS MÉDICOS

Piel:

¿Alergia al látex? Sí No

¿Alergias medicamentosas y alimentarias? Sí No ¿Cuáles?

¿Alergias estacionales?

Polen Plantas Pelos de animales Frutos secos Otra/Observaciones:

¿Presenta con frecuencia: Ronchones Habones Eritemas Observaciones:

Ampollas tras la exposición solar o en contacto con otros productos?

Avispas Insectos ¿Cuáles?

Otros:

Nariz, garganta, oídos:

¿Intervenido de amígdalas? Sí No

¿Intervenido de vegetaciones? Sí No

¿Intervenido de desviación de tabique? Sí No

¿Presenta otitis con frecuencia? Sí No

Ojos:

¿Portador de gafas? Sí No

¿Portador de lentes de contacto? Sí No

¿Miopía? Sí No

¿Astigmatismo? Sí No

¿Hipermetropía? Sí No

¿Otros problemas? Sí No ¿Cuáles?

Boca:

¿Utiliza aparato corrector? Sí No

¿Presencia de caries? Sí No ¿Número?

¿Deformaciones en el labio o en el paladar? Sí No

Aparato digestivo:

¿Portador de sonda nasogástrica? Sí No

¿Antecedentes de hepatitis A, B, C, D u otros problemas? Sí No ¿Cuáles?

¿Intolerancia a la leche de vaca? Sí No

¿Intolerancia al gluten? Sí No

Hábito intestinal:

¿Diarreas frecuentes? Sí No

¿Estreñimiento? Sí No

¿Incontinencia fecal? Sí No

Aparato respiratorio:

¿Portador de respirador artificial? Sí No

¿Enfermedad asmática? Sí No ¿Cuál?

¿En tratamiento con algún tipo de inhaladores? Sí No ¿Cuál?

¿Tolera bien el ejercicio físico? Nada Leve Moderado Intenso

¿Alérgico a las aspirinas o antibióticos? Sí No ¿Cuál?

¿Presenta catarros frecuentes? Sí No

Aparato circulatorio:

¿Algún hermano fallecido de muerte súbita? Si No

¿Alguna intervención quirúrgica del corazón en la infancia? Si No ¿Cuál?

¿Desmayos o síncope? Si No

Alguna vez

Con frecuencia

¿Sensación de palpitaciones? Si No

Alguna vez

Con frecuencia

¿Presencia de manchas rojas en la piel? Si No

Aparato urinario:

¿Alguna intervención de riñón o vejiga? Si No ¿Cual?

¿Padecimiento de tensión arterial alta? Si No

¿Enuresis nocturna? Si No

¿Intervenido de fimosis? Si No

¿Infecciones de orina frecuentes? Si No

¿Hinchazón frecuente de párpados y extremidades? Si No

¿Sondajes intermitentes? ¿Sondajes permanentes?

¿Usuario de pañales? Si No Todo el día Sólo nocturno

Aparato endocrino:

¿Padecimiento de diabetes tipo 1 o insulino-dependiente? Si No

¿Alguna enfermedad de la glándula tiroidea? Si No ¿Cuál?

¿Problemas nutricionales? Si No ¿Cuáles?

¿Existencia de menstruación? Si No

Neurología:

¿Terrores nocturnos por la presencia de sueños molestos? Si No

¿Cefaleas frecuentes? Si No

¿Cuántos episodios de dolor de cabeza al mes? 1-5 6-10 + de 10

¿Algún tratamiento para ello?

¿Adecuado control de esfínteres? Si No

¿Padecimiento de crisis epilépticas? Si No ¿Con qué frecuencia?

Tipo:

Crisis

Tónico clónicas

Ausencias

¿Edad de aparición?

6. COMUNICACIÓN

- No tiene dificultades de expresión verbal Sabe leer Sabe escribir No tiene lenguaje oral
- Utiliza comunicación alternativa. Especifique
- Se comunica oralmente pero con dificultades:
- en el habla (no se le entiende bien porque no articula correctamente)
 - en la voz (cuesta entenderle porque habla muy bajo y no puede elevar la voz, se cansa al hablar se queda sin voz)
 - en el lenguaje (tiene dificultades para expresarse y cuesta entenderle; por ejemplo, porque no organiza bien las frases, no encuentra las palabras que quiere decir o habla mucho pero sin contenido, etc.)
- Especifique
- Valore el grado de inteligibilidad:
- No se le entiende
 - Sólo le entiende la familia y el entorno más cercano
 - Hay dificultades para entenderle, pero logra comunicarse satisfactoriamente
 - Cuesta entenderle en determinadas situaciones. Especifique
 - No existen dificultades para entenderle
- Tiene dificultades de comprensión verbal
(hay que hablarle despacio, con vocabulario sencillo y frases cortas porque sino no comprende)
- Pérdidas auditivas
- Anote aquello que considere importante para facilitar la comunicación con su hijo:
-

7. HIGIENE, AUTONOMÍA PERSONAL

- Se viste solo Necesita ayuda
- Se lava solo Necesita ayuda
- Sabe bañarse Necesita ayuda
- ¿Tiene especial temor al agua? Si No
- ¿Conoce su ropa? Si No
- Se cambia espontáneamente de ropa Hay que insistirle
- ¿Se orina en la cama? Si No . En caso afirmativo, ¿qué actitud hay que tomar?.....
- ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica? Si No
- ¿Necesita cambios posturales? Si No Frecuencia.....

8. ALIMENTACIÓN

- ¿Come de todo?
- ¿Le sienta algo mal?
- ¿Tiene alguna manía en la comida?.....
- Utiliza sonda gástrica
- Si tiene dificultades para tragar, especifique dieta: p. ej. si no puede tragar líquidos o sólidos, ¿cómo debe ser el alimento y la bebida que ingiera?
- Si su alimentación es oral especifique si:
- Necesita ayuda Se alimenta solo con dificultad Se alimenta solo sin dificultad
 - Alergias alimenticias Especifique
 - ¿Necesita un régimen especial de comidas? En caso afirmativo háganos llegar una copia del mismo.

9. OBSERVACIONES

Indíquenos aquello que piensa que hemos podido olvidar y considere de importancia para una buena atención de su hijo

.....

D./Dña.

Con D.N.I. y domicilio en:

Nº:Piso: Letra: C.P.: Localidad:

Provincia: Tfno de contacto:

Tfno móvil : E-mail :

Como tutor legal de:

1. Me comprometo a:

- Adjuntar el último DICTAMEN DE MINUSVALÍA.
- Adjuntar un informe médico actualizado y psicológico.
- Adjuntar la pauta de medicamentos, si la tuviera, a administrar.

2. Autorizo por la presente a:

Asistir al Campamento de Verano ASPAYM 2017 organizado por la Federación Nacional de Aspaym, Aspaym Castilla y León Juventud, Asociación Aspaym Castilla y León y Consejo Regional de la Juventud durante los días: **del 1 al 12 de Agosto de 2017**
Realizar todas las actividades y excursiones programadas por la organización.

En caso de sufrir alguna urgencia sanitaria y NO poder localizar a ningún responsable legal será el equipo médico hospitalario el que decida lo más conveniente en cada caso.

Obtener su imagen, en lo referido a la actividad de forma individual o colectiva y a autorizarla en la difusión de revistas y medios de comunicación que estimen oportunos, siempre que sea en pro de la integración de las personas con discapacidad.

3. Estoy conforme a:

- Eximir de toda responsabilidad a los organizadores del Campamento por las consecuencias de cualquier naturaleza que pudieran derivarse de la toma de imágenes de personas y de su publicación en las redes sociales.

Asumiendo el firmante durante la duración de esta actividad su plena responsabilidad legal.

En a de..... de 2017

Fdo:

Firma del tutor legal