**FICHA PERSONAL**

FOTO

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Actividades** | **Alimentos** | **Otros** |
| Lo que SI me gusta |  |  |  |
| Lo que NO me gusta |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lo que me crea ansiedad o me altera** | **Lo que me tranquiliza** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Lo que me refuerza y motiva** |
|  |

**SALUD**

**Indique su hospital de referencia:**

**¿Suele sufrir algún tipo de crisis?**  Sí  No

En caso afirmativo, indicar:

**¿Con qué frecuencia?**  Rara vez  Ocasionalmente  Frecuentemente  Diariamente

**Duración de las crisis:**  Menos de 1 min  1-5 min  5-30 min  Más de 30 min

**¿Precisa alguna medicación?**  No  Sí (especifica cuál):

**¿Cómo actuar ante esta situación?**

**MEDICACIÓN**

**¿Tiene tratamiento médico?**  Sí  No

**¿Es necesario administrarle la medicación?**  Sí  No

**Especifique la medicación que toma actualmente:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Fármaco | Dosis | | | | Vía administración | Otras indicaciones |
| **desayuno** | **comida** | **merienda** | **cena** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Observaciones:**

**ALERGIAS**

**¿Tiene alergia a algo? (Medicamento, alimento, animales, etc):**

No  Sí (especificar):

**¿Precisa tratamiento?**

No  Sí (indicar el tratamiento para la alergia):

**ALIMENTACIÓN**

**Ingesta de alimentos:**

Triturado-Puré  Semisólido  Sólido  Por sonda gástrica

Dieta especial (indicar cuál):

**Ingesta de líquidos:**

Con espesante – agua gelificada  Sin espesante - Normal

**MOVILIDAD**

**¿Tiene dificultades motoras?**  Sí  No

**¿Dónde?**

Pierna derecha  Pierna izquierda  Brazo derecho  Brazo izquierdo  Todo el cuerpo

**Forma de desplazarse:**

Silla ruedas manual  Silla ruedas eléctrica  A pie  Muletas  Gateando

Otras:

**COMUNICACIÓN**

**¿Comunica las necesidades básicas?**  Sí  No

**¿Cómo se comunica?**   Oralmente  Pictogramas  Gestos  Lenguaje signos

Otros sistemas de comunicación (tablets, tableros…). Especificar:

**¿Tiene comprensión del lenguaje?**  Sí  No

**¿Participa en una conversación de forma regular?**  Sí  No

**AUTONOMÍA PERSONAL**

VESTIDO

**¿Se viste solo/a?**  Sí  No  **¿Necesita apoyo para vestirse?**  Sí  No

Especifique el tipo de apoyo:

ASEO

**¿Necesita apoyo para asearse?** (Ducharse, lavarse los dientes, peinarse…)  Sí  No

Especifique el tipo de apoyo:

ESFÍNTERES

**¿Controla sus esfínteres?**  No  Sí  Sí durante el día  Sí durante la noche

**¿Necesita pañales?**  No  Sí **¿Cuándo?**  Siempre  Por la noche  Por el día

En algunas ocasiones (especificar):

**OBSERVACIONES**

Indíquenos aquello que piense que hemos podido olvidar y considera de importancia para una buena atención de su familiar: