**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: