



DATOS APORTADOS POR LA FAMILIA al inicio:

| | | | |
|---------------|--|--------------|--|
| NOMBRE | | FECHA | |
|---------------|--|--------------|--|

DISCAPACIDAD:

| DESCRIPCIÓN: | GRADO: |
|-----------------|--------|
| D. INTELLECTUAL | |
| D. FISICA | |
| D. SENSORIAL | |
| SALUD MENTAL | |

DATOS DE SALUD:

| | |
|-----------------|--|
| SALUD GENERAL | |
| EPILEPSIA | |
| ALERGIAS | |
| AYUDAS TÉCNICAS | |
| OTROS | |

COMEDOR CLL

| | |
|-----------------------|--|
| DIETA | |
| ALERGIAS ALIMENTARIAS | |
| ALIMENTOS PROHIBIDOS | |
| CANTIDAD | |
| APOYOS EN COMIDA | |

MEDICACION CLL

| | |
|--|--|
| TOMA MEDICACION EN EL CENTRO (Ver Ficha Medicación) | |
| Observaciones sobre medicación | |

TRANSPORTE CLL

| | |
|---------------------|--|
| RUTA | |
| PARADA | |
| APOYOS HASTA EL BUS | |

INFORMACION RECOGIDA EN LA ENTREVISTA INICIAL CON SU FAMILIA:

| | |
|-------------------------|--|
| HISTORIA DE VIDA | |
|-------------------------|--|



| | | |
|---|----------------------------------|--|
| FAMILIA | | |
| En Residencias | Llamadas a familiares | |
| | Visitas de familiares | |
| | Salidas a casa | |
| | Comunicaciones a la familia | |
| | Otras relaciones interpersonales | |
| COMUNICACIÓN: Comprensión, expresión y comunicación alternativa | | |
| PERSONALIDAD/ CONDUCTA | | |
| MANIAS / MIEDOS (analíticas?) | | |
| AUTONOMIA PERSONAL | | |
| MOVILIDAD / DESPLAZAMIENTOS | | |
| HABILIDADES / PREFERENCIAS | | |
| HABILIDADES E INTERESES: TRABAJO | | |
| RELACIONES INTERPERSONALES | | |
| OCIO Y TIEMPO LIBRE AFICIONES / PREFERENCIAS | | |
| En Residencias | OCIO DE RESIDENCIAS: | |
| | 1.1 En el hogar: | |
| | 1.2 En la comunidad: | |
| | OCIO ASPRONAGA: | |
| | 2.1 Viajes/ campamentos: | |
| | 2.2 Deportes: ¿sabe nadar? | |
| | 2.3 Varios: | |



| | |
|---------------------------------------|--|
| | |
| Toma de decisiones sobre ocio: | |
| OTRAS OBSERVACIONES | |
| VER INFORMES.... | |

INFORMACIÓN PARA RESIDENCIAS:

| | |
|---|--|
| ABVD: | |
| 1. ALIMENTACIÓN | |
| 1.1 Dieta: | |
| 1.2 Alimentos que no gustan/ prohibidos: | |
| 1.3 Apoyo en comedor | |
| 2. ASEO E HIGIENE | |
| 2.1. Ducha | |
| Control temperatura agua | |
| Lavado cabeza | |
| Lavado cuerpo | |
| Secado cuerpo | |
| Hidratación | |
| Recogida material | |
| 2.2 Afeitado | |
| 2.3 Corte uñas | |
| 2.4 Cepillado dientes | |
| 2.5 Uso compresas/ pañal | |
| 2.6 Corte pelo | |
| 2.7 Otros | |
| 3. VESTIDO | |
| 4. SALUD | |
| 4.1 Toma de medicación | |
| 4.2 Control esfínteres | |



| | |
|---|--|
| 4.3 Salidas médico | |
| 4.4 Otros | |
| 5. AFECTIVIDAD: | |
| 6. OTROS | |
| 6.1 Tabaco | |
| 6.2 Otros | |
| AIVD | |
| 1.HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL HOGAR | |
| 1.1 Hacer cama | |
| 1.2 Cuidado de la ropa | |
| 1.3 Orden armario | |
| 1.4 Orden habitación | |
| 1.5 Tareas mant. y limpieza hogar | |
| 2. MANEJO DE DINERO: | |
| 3. USO DEL TELÉFONO: | |
| 4. COMPRAS: | |
| 5. DESPLAZAMIENTOS: | |
| 5.1 Al CLL | |
| 5.2 Otros | |
| 5.3 Riesgo de fuga? | |
| OTRAS OBSERVACIONES | |

| | | | |
|-------------------------------|--|--------------|--|
| <i>Nombre del profesional</i> | | <i>Cargo</i> | |
| <i>Firma</i> | | <i>Fecha</i> | |