

CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE (MENOR)			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

E NA SÚA REPRESENTACIÓN			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
EN CALIDADE DE PAI/NAI/TITOR/A			

DATOS DE SAÚDE		
SOFRE ALGÚN PROCESO ALÉRXIO		
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CAL/CALES		
PRECISA ALGUNHA ATENCIÓN ESPECIAL OU APOIO		
INDIQUE CAL/CALES		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMIDADE, TRASTORNO, ALTERACIÓN, SINDROME OU DISCAPACIDADE QUE PADECE (se é o caso)		
OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE OS /AS PAIS/NAIS OU TITORES/AS CONSIDEREN OPORTUNAS RESALTAR		

EN CASO DE URXENCIA, AVISE A						
NOME		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF
TIPO DE VIA	NOME DA VIA			NÚMERO	BLOQUE	ANDAR
CP	PROVINCIA		CONCELLO		LOCALIDADE	
TELÉFONO		TELÉFONO MÓBIL			PARENTESCO	

A PERSOA REPRESENTANTE DECLARA						
Que todos contidos neste formulario son certos.						
Que autoriza as decisións médico-cirúrxicas que sexa preciso adoptar no caso de extrema urxencia, baixo a adecuada dirección facultativa médica.						
SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE (NAI/PAI/TITORES/AS)						
LUGAR E DATA						
	,		DE		DE	