

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 ALÉRXICO		
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
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)			
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>			
LUGAR E DATA			
	,	DE	DE