

## FICHA DE SOLICITUD

### cAMPAMENTO URbANO DE OcIO INcLUSIvO

Fecha:

#### 1. DATOS PERSONALES

Nombre ..... Apellidos .....

Fecha de Nacimiento ..... Domicilio .....

C.P. .... Localidad .....

Teléfono fijo: ..... Móvil: .....

En caso de cualquier problema avisar a: .....

Dirección: .....

Nombre del padre: ..... Nombre de la madre: .....

¿Acude a algún centro? .....

#### 2. CARÁCTER

¿Tiene temores a algo?  Si  No ¿A qué? ..... ¿Cómo se calma?.....

¿Es fácilmente irritable?  Si  No ¿A qué? .....

¿Tiene momentos de agresividad?  Si  No ¿Ante qué? ..... ¿Cómo se calma?.....

¿Suele coger o esconder cosas?  Si  No .....

¿Tiene alguna manía?  Si  No ¿Cuál? .....

#### 3. DIVERSIONES

¿Cómo pasa su tiempo libre? .....

¿Qué tipo de actividades o diversiones le agradan más? .....

¿Tiene algún problema para realizar actividades?  Si  No ¿Cuál? .....

¿Cómo se encuentra más a gusto? .....

¿Con juegos sedentarios?  .....

¿Con juegos movidos?  .....

¿Con actividades en grupo?  .....

¿Sabe nadar?  Si  No.....

¿Tiene especial afición a algún deporte?  Si  No ¿Cuál? .....

#### 4. SOCIABILIDAD

Es abierto  o por el contrario poco comunicativo  .....

¿Hace fácilmente amigos?  Si  No .....

¿Cómo se comporta en grupo?  Aisla  Se integra poco, no participa, se inhibe  Participa.....

.....

## 5. DATOS MÉDICOS

### Piel:

¿Alergia al látex?  Si  No

¿Alergias medicamentosas y alimentarias?  Si  No ¿Cuáles? .....

¿Alergias estacionales?

Polen  Plantas  Pelos de animales  Frutos secos  Otra/Observaciones: .....

¿Presenta con frecuencia:  Ronchones  Habones  Eritemas  Observaciones: .....

Ampollas tras la exposición solar o en contacto con otros productos?  .....

Avispas  Insectos ¿Cuáles?.....

Otros: .....

### Aparato digestivo:

¿Portador de sonda naso-gástrica?  Si  No .....

¿Antecedentes de hepatitis A, B, C, D u otros problemas?  Si  No ¿Cuáles? .....

¿Intolerancia a la leche de vaca?  Si  No .....

¿Intolerancia al gluten?  Si  No .....

### Hábito intestinal:

¿Diarreas frecuentes?  Si  No .....

¿Estreñimiento?  Si  No .....

¿Incontinencia fecal?  Si  No .....

### Aparato respiratorio:

¿Portador de respirador artificial?  Si  No .....

¿Enfermedad asmática?  Si  No ¿Cuál? .....

¿En tratamiento con algún tipo de inhaladores?  Si  No ¿Cuál? .....

¿Tolera bien el ejercicio físico?  Nada  Leve  Moderado  Intenso .....

¿Alérgico a las aspirinas o antibióticos?  Si  No ¿Cuál? .....

¿Presenta catarros frecuentes?  Si  No .....

### Aparato circulatorio:

¿Algún hermano fallecido de muerte súbita?  Si  No .....

¿Alguna intervención quirúrgica del corazón en la infancia?  Si  No ¿Cuál? .....

¿Desmayos o síncope?  Si  No

Alguna vez  .....

Con frecuencia  .....

¿Sensación de palpitaciones?  Si  No .....

Alguna vez  .....

Con frecuencia  .....

¿Presencia de manchas rojas en la piel?  Si  No .....

### Aparato endocrino:

¿Padecimiento de diabetes tipo 1 o insulino-dependiente?  Si  No .....

¿Alguna enfermedad de la glándula tiroidea?  Si  No ¿Cuál? .....

¿Problemas nutricionales?  Si  No ¿Cuáles? .....

¿Existencia de menstruación?  Si  No .....

**Aparato urinario:**

- ¿Alguna intervención de riñón o vejiga?  Si  No ¿Cual? .....
- ¿Padecimiento de tensión arterial alta?  Si  No .....
- ¿Adecuado control de esfínteres?  Si  No .....
- ¿Infecciones de orina frecuentes?  Si  No .....
- ¿Hinchazón frecuente de párpados y extremidades?  Si  No .....
- ¿Sondajes intermitentes?  ¿Sondajes permanentes?  .....
- ¿Usuario de pañales?  Si  No  Todo el día  Sólo nocturno .....

**Neurología:**

- ¿Cefaleas frecuentes?  Si  No .....
- ¿Cuántos episodios de dolor de cabeza al mes? 1-5  6-10  + de 10
- ¿Algún tratamiento para ello? .....
- ¿Padecimiento de crisis epilépticas?  Si  No ¿Con qué frecuencia? .....

**Tipo:**

- Crisis  .....
- Tónico clónicas  .....
- Ausencias  .....
- ¿Edad de aparición? .....

**6. COMUNICACIÓN**

- No tiene dificultades de expresión verbal  Sabe leer  Sabe escribir  No tiene lenguaje oral
- Utiliza comunicación alternativa. Especifique .....
- Se comunica oralmente pero con dificultades:
  - en el habla (no se le entiende bien porque no articula correctamente)
  - en la voz (cuesta entenderle porque habla muy bajo y no puede elevar la voz, se cansa al hablar se queda sin voz)
  - en el lenguaje (tiene dificultades para expresarse y cuesta entenderle; por ejemplo, porque no organiza bien las frases, no encuentra las palabras que quiere decir o habla mucho pero sin contenido, etc.)
 Especifique .....
- Valore el grado de inteligibilidad:
  - No se le entiende
  - Sólo le entiende la familia y el entorno más cercano
  - Hay dificultades para entenderle, pero logra comunicarse satisfactoriamente
  - Cuesta entenderle en determinadas situaciones. Especifique .....
  - No existen dificultades para entenderle
- Tiene dificultades de comprensión verbal  
(hay que hablarle despacio, con vocabulario sencillo y frases cortas porque sino no comprende)
- Pérdidas auditivas
- Anote aquello que considere importante para facilitar la comunicación con su hijo: .....

## 7. HIGIENE, AUTONOMÍA PERSONAL

- Se viste solo  Necesita ayuda .....
- Se lava solo  Necesita ayuda .....
- Sabe bañarse  Necesita ayuda .....
- ¿Tiene especial temor al agua?  Si  No .....
- ¿Conoce su ropa?  Si  No .....
- Se cambia espontáneamente de ropa  Hay que insistirle .....
- ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica?  Si  No .....
- ¿Necesita cambios posturales?  Si  No Frecuencia.....

## 8. ALIMENTACIÓN

- ¿Come de todo? .....
- ¿Le sienta algo mal? .....
- ¿Tiene alguna manía en la comida?.....
- Utiliza sonda gástrica. Solamente podrá participar en el campamento si existe un compromiso por parte de la familia o del profesional de una entidad a su cargo, que se encargue de la administración de la alimentación.
- Si tiene dificultades para tragar, especifique dieta: p. ej. si no puede tragar líquidos o sólidos, ¿cómo debe ser el alimento y la bebida que ingiera? .....
- Si su alimentación es oral especifique si:
- Necesita ayuda  Se alimenta solo con dificultad  Se alimenta solo sin dificultad
- Alergias alimenticias Especifique
- ¿Necesita un régimen especial de comidas? En caso afirmativo háganos llegar una copia del mismo.

## 9. OBSERVACIONES

Indíquenos aquello que piensa que hemos podido olvidar y considere de importancia para una buena atención de su hijo .....

.....

.....

Burgos, a ..... de ..... de 20 .....

Fdo.: .....

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2.018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, quien firma queda informado y acepta la incorporación de sus datos a los ficheros existentes en la Gerencia Municipal de Servicios Sociales, Juventud e Igualdad de Oportunidades del Ayuntamiento de Burgos, que se conservarán en la misma con carácter confidencial, sin perjuicio de las comunicaciones a las Administraciones Públicas que estipula la Ley y, en su caso, a las empresas o entidad prestadora del servicio. La finalidad del mismo es la incorporación de sus datos de contacto para las funciones propias de la actividad administrativa. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la Gerencia Municipal de Servicios Sociales, Juventud e Igualdad de Oportunidades, sita en C/ San Juan ,nº2, 09003 de Burgos.