



## FITXA DE SALUT ORIÓ 2018-2019



### DADES PERSONALS

NOM:..... (nom familiar):.....  
 COGNOMS:.....  
 TELÈFONS DE CONTACTE:1..... 2..... 3.....  
 DATA NAIXEMENT:..... ESCOLA:.....

### NETEJA I HIGIENE PERSONAL

	No	De vegades	Sí
S'embruta amb facilitat?			
Es dutxa/banya sol/a?			
Sap tenir cura de les seves coses?			
Reconeix la seva roba?			
És responsable amb els seus objectes personals?			
Es fa pipí a sobre?			

### DESENVOLUPAMENT FÍSIC

	No	De vegades	Sí
Es vesteix i desvesteix sol/a?			
Sap cordar-se les sabates?			
Es cansa fàcilment?			
Sap nedar?			
Té noció del perill?			

### DORMIR

	No	De vegades	Sí
Dorm sol/a?			
Amb algun ninot o similar?			
Amb llum?			
D'una sola tirada?			
Té malsons?			
S'aixeca sol a fer pipí?			
Es fa pipí al llit?			
Fa migdiada?			

### ALIMENTACIÓ I NUTRICIÓ

	No	De vegades	Sí
Ha de fer alguna dieta especial?			
Quina?.....			

### PREVENCIÓ I CONTROL DE MALALTIES

	No	De vegades	Sí
Pateix alguna malaltia crònica?			
Pateix alguna al·lèrgia? Quina?.....			
Pren algun medicament naturista, homeopàtic...			
Pateix algun tipus de discapacitat física o psíquica?			
Quina?..... (Cal adjuntar informe mèdic)			
Pren algun medicament de forma continuada?			
Quin/s? .....			
Indiqueu-ne la posologia .....			

Es propens a:

	No	De vegades	Sí
Vomitar			
Mal de cap			
Otitis			
Diarrees			
Restrenyiment			
Marejar-se			
Altres			

**DESENVOLUPAMENT SOCIAL**

	No	De vegades	Sí
Té facilitat de relació amb els nois i noies de la seva edat?			
Té facilitat de relació amb els adults?			

És un noi/a:

	No	De vegades	Sí
Tímid/a			
Expressiu/va			
Tranquil/a			
Actiu/va			
Altres			

**D'ALTRES CONCLUSIONS DESTACABLES**

--

**Jo pare/mare/tutor declaro que són certes les dades que consten en aquesta fitxa i faig extensiva aquesta autorització a l'Esplai Pubilla Cases Can Vidalet:**

- Per prendre totes les decisions medico-quirúrgiques que calguin en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa mèdica pertinent.
- Per administrar al meu fill /a els medicaments prescrits pel seu metge i anotats en el full sanitari, durant les activitats de l'Entitat.

Hospitalet/Esplugues de Llobregat ..... de ..... de 20.....

Signatura

--