Ficha Básica de Conocimiento Personal – Programa de Vacaciones

# 1. Datos básicos

• Nombre completo:  
• Edad:  
• Persona que completa esta ficha y contacto (nombre + teléfono):

• ¿Pertenece a alguna entidad? ¿Cuál?:

# 2. Movilidad

• [ ] Camina de forma autónoma  
• [ ] Usa bastón / andador  
• [ ] Usa silla de ruedas  
• [ ] Se desplaza con ayuda  
• [ ] Necesita apoyo de grúa para alguna actividad  
• Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 3. Alimentación

• Textura habitual:  
 - [ ] Sólido - [ ] Semisólido - [ ] Triturado  
• ¿Mastica bien?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Deglución adecuada?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Tira o quita la comida?: [ ] Sí [ ] No  
• Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 4. Aseo e Higiene

• ¿Controla esfínteres?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Pide ir al baño?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Necesita apoyos para ir al lavabo? ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
• ¿Utiliza pañal?: [ ] Día [ ] Noche [ ] Ambos  
• ¿Se ducha solo?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Necesita supervisión?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Apoyos necesarios para la ducha? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
• ¿Utiliza silla de ducha?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Necesita apoyo para peinarse, lavarse los dientes…?: [ ] Sí [ ] No  
Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 5. Vestido

• ¿Se viste solo?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Necesita apoyos?: [ ] Sí [ ] No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
• ¿Conoce su ropa?: [ ] Sí [ ] No  
Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 6. Sexualidad y Socialización

• ¿Presenta comportamientos inadecuados en el ámbito sexual?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Le cuesta relacionarse con personas desconocidas?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Suele aislarse?: [ ] Sí [ ] No  
Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 7. Descanso y Seguridad

• ¿Suele despertarse con frecuencia?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Le cuesta dormirse?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Necesita supervisión continua?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Tiende a escaparse si no está vigilado?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Necesita supervisión en la piscina?: [ ] Sí [ ] No  
Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 8. Personalidad y Conducta

• ¿Le cuesta aceptar que le lleven la contra?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Acepta mal la autoridad?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Se enfada a menudo?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Tiene rabietas frecuentes?: [ ] Sí [ ] No  
• ¿Conductas inapropiadas? (marcar todas las que apliquen):  
 - [ ] Gritos [ ] Lloros [ ] Estereotipias [ ] Agresiones a otros  
 - [ ] Autoagresiones [ ] Fugas [ ] Rompe cosas [ ] Ensucia cosas  
 - [ ] Toca a otros inapropiadamente [ ] Otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 9. Salud

• ¿Está convaleciente de alguna enfermedad?: [ ] Sí [ ] No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
• ¿Tiene epilepsia?: [ ] Sí [ ] No  
 - Síntomas y frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
• ¿Toma medicación especial? ¿Cuál? ¿Cómo se suministra?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otras observaciones que creas relevantes en cuanto a la necesidad de apoyos de la persona.**