

VACACIONES ENFERMOS/CUIDADORES DE ALZHEIMER -

Datos del Solicitante/Cuidador:

Apellidos y Nombre		
Sexo	Estado Civil	Fecha de Nacimiento
D.N.I	Nº Afiliación SS	Teléfonos de contacto:
Domicilio		
Localidad	Provincia	Código Postal

Teléfonos de contacto en caso de alguna emergencia durante el programa(hijos, Otros familiares): -

-
-

Datos del Enfermo:

Apellidos y Nombre		
Sexo	Estado Civil	Fecha de Nacimiento
D.N.I	Nº Afiliación SS	Parentesco con el solicitante
Domicilio		
Localidad	Provincia	Código Postal

Declaración: que son ciertos cuantos datos anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad en los mismos pueden ser motivo de anulación de la plaza concedida.

En _____ a de _____

Firma

**ANEXO A LA SOLICITUD. (EN CASO DE QUE EL
ACOMPAÑANTE NO SEA FAMILIAR/
RESPONSABLE).**

D/Dª con D.N.I
en representación de D/Dª
enfermo de Alzheimer.

AUTORIZA:

A D/Dª a
acompañar al enfermo al Programa de Vacaciones organizado por FEDACAM,
así como a tomar todas las decisiones que fueran necesarias en caso de urgencia
médica y cuando no se pueda contactar telefónicamente con ningún familiar.

En Toledo, a de de 20...

Fdo.:

INFORME MÉDICO PARA LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

(Del familiar/acompañante)

INFORME REALIZADO POR EL MÉDICO:

CORRESPONDIENTE A D./Dña.

ANTECEDENTES PERSONALES:

TRATAMIENTO MÉDICO:

Por favor indique si se halla en alguno de estos supuestos y concrete en su caso:

- ENFERMEDAD INFECCION CONTAGIOSA: _____
- CIRUGÍA RECIENTE: _____
- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO RECIENTE: _____
- ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR RECIENTE: _____
- MARCAPASOS: _____
- NEOPLASIAS: _____
- DIABETES MELLITUS: _____
- ALERGIAS CONOCIDAS: _____
- CRISIS EPILÉPTICAS: _____
- FRACTURAS RECIENTES: _____
- OTROS PROCESOS DE INTERÉS: _____

Señale lo que corresponda:

DIETA ESPECIAL:

- EN TRATAMIENTO CON SINTROM: _____
- 1500 KCAL: _____
- BASAL/NORMAL: _____
- BLANDA: _____
- POBRE EN SAL: _____
- PROTECCION HEPÁTICA: _____
- OTRAS: _____

OTROS DATOS DE INTERÉS: _____

Fecha:

Firmado.- D.

INFORME MÉDICO PARA LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

(Del enfermo de Alzheimer)

INFORME REALIZADO POR EL MÉDICO:

CORRESPONDIENTE A D./Dña.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

ESTADÍO DE LA ENFERMEDAD:

OTROS DIAGNÓSTICOS DE IMPORTANCIA:

TRATAMIENTO MÉDICO:

Por favor indique si se falla en alguno de estos supuestos y concrete en su caso:

- ENFERMEDAD INFECCION CONTAGIOSA: _____
- CIRUGÍA RECIENTE: _____
- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO RECIENTE: _____
- ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR RECIENTE: _____
- MARCAPASOS: _____
- NEOPLASIAS: _____
- DIABETES MELLITUS: _____
- ALERGIAS CONOCIDAS: _____
- CRISIS EPILÉPTICAS: _____
- FRACTURAS RECIENTES: _____
- OTROS PROCESOS DE INTERÉS: _____

Señale lo que corresponda:

DIETA ESPECIAL:

- EN TTº CON SINTROM: _____
- 1500 KCAL: _____
- BASAL/NORMAL: _____
- PROTECCIÓN HEPÁTICA: _____
- POBRE EN SAL: _____
- OTRAS: _____

OTROS DATOS DE INTERÉS: _____

Fecha:

Firmado.- D.