

RETRATO DE LA PERSONA

Fecha:

DATOS PERSONALES

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| | Nombre y Apellidos | |
| | DNI | |
| | Fecha de Nacimiento | |
| | Sexo | |
| | Estado civil | |
| | Centros dónde ha estado atendido | |
| | Tipo de discapacidad si la tiene | |
| | Grado de discapacidad | |
| | Grado y nivel de dependencia | |
| | Situación jurídica | |
| | Medio de Transporte para ir al centro | |
| | Movil (si lo tiene) | |
| | Teléfono fijo | |
| | | |
| | | |

DATOS FAMILIARES/PERSONAS SIGNIFICATIVAS

| Nombre | Relación | Observaciones |
|--------|----------|---------------|
| ----- | | |
| ----- | | |
| ----- | | |

BIENESTAR FÍSICO**Riesgos**

| | Si/No | Descripción | Observaciones |
|----------------------------------|-------|-------------|---------------|
| Alergias alimentarias | NO | | |
| Alergias de medicamentos | NO | | |
| Otras alergias | NO | | |
| Intolerancias | NO | | |
| Caidas | NO | | |
| Lesiones por presión | NO | | |
| Fuga o salida no controlada | NO | | |
| Heteroagresión | NO | | |
| Autolesión | NO | | |
| Destrucción de la propiedad | NO | | |
| Ingesta productos no comestibles | NO | | |
| Atragantamiento | NO | | |
| Crisis epilépticas | NO | | |
| Riesgo Social | NO | | |
| Adicciones | NO | | |

Patologías crónicas/frecuentes

| Patologías | Observaciones |
|------------|---------------|
| | |
| | |
| | |

Medicación crónica/larga duración

| |
|--|
| |
|--|

Deambulaci3n/desplazamiento

| |
|--|
| |
|--|

Movilidad

| |
|--|
| |
|--|

Transferencias y cambios posturales

| |
|--|
| |
|--|

Visi3n

| |
|--|
| |
|--|

Audici3n

| |
|--|
| |
|--|

Uso de prótesis/ótesis/adaptaciones/ayudas técnicas:

| Dispositivo | Observaciones |
|-------------|---------------|
| | |
| | |
| | |

Dieta:

| | |
|----------------------------|--|
| Dieta | |
| Textura | |
| Aportación calórica | |
| Necesidades hídricas | |
| Soporte | |
| Alimentos que no gustan | |
| Alimentos que gustan mucho | |
| Suplementos | |
| Otras observaciones | |

Gestión de la medicación:

| |
|--|
| |
|--|

Cuidado de la salud

| | |
|---|----------|
| No comunica/manifiesta que se encuentra mal | SI |
| Expresa/indica el malestar con llanto, gemidos, indicaciones, etc. | SI |
| La persona comunica los síntomas de cómo se encuentra | SI |
| Tiene capacidad/puede automedicarse para pequeñas dolencias. Sabe realizar pequeñas curas. Se toma la temperatura | NO NO |
| Va al médico sólo cuando se encuentra mal | NO |
| Lleva de manera autónoma un control preventivo de la su salud (revisiones odontológicas, control de peso etc.) | NO |

Seguridad (riesgos, contenciones y protecciones):

| |
|--|
| |
|--|

Sueño:

| | |
|---------------------------|----|
| Duerme bien toda la noche | SI |
|---------------------------|----|

| | |
|--|----|
| | |
| Presenta insomnio intermitente. Sueño intermitente. | NO |
| La persona comunica los síntomas / cómo se encuentra | SI |
| Presenta insomnio de primera hora. | NO |
| Tiene despertar precoz. | NO |
| Tiene somnolencia diurna. | NO |
| Hace siesta | NO |

Observaciones:

Addicciones:

| | |
|----------|----|
| Tabaco. | No |
| Alcohol. | No |
| Cafeína. | No |
| Juego | No |
| Tóxicos, | No |

Observaciones:

BIENESTAR EMOCIONAL:

Personalidad

Descripción del carácter / factores estresantes / Relación con los otros:

Preferencias (cosas que gustan y no gustan).

Li gusta mucho ponerse guapa, tanto con la ropa con con anillos... Le gusta pintar...

Costumbres.

Necesidades de estimulación.

Le gustan todas aquellas tareas relacionadas con la pintura y la escritura...

Alteraciones del comportamiento.

| Descripción de la conducta | Observaciones |
|----------------------------|---------------|
| | |
| | |
| | |

Precipitadores y señales de alerta.

Estrategias de intervención.

Proactivas

Reactivas

RELACIONES INTERPERSONALES:

Habilidades comunicativas.

Lenguaje comprensivo.

Lenguaje Expresivo

Idioma que comprende mejor. (Opción de respuesta múltiple)

| | |
|------------|----------|
| Castellano | X |
| Otro | X |
| | |

Observaciones

Habilides sociales y interpersonales.

| | Si/No |
|---|-------|
| Responde a las interacciones con la mirada y/o gesto. | Si |
| Se relaciona dentro del entorno conocido (inicia, facilita y promueve relaciones interpersonales y comunicativas). | Si |
| Interactua con los miembros de la comunidad (vecinos, comercios, servicios y otras personas). | Si |
| Utiliza habilidades socialmente aceptadas (ser bien educado, iniciar saludos sociales, despedirse correctamente, mantener una distancia adecuada...) | Si |
| Hacer y mantener vínculos afectivos (relaciones de amistades, pareja, etc). | Si |
| Tiene un adecuado comportamiento social (aceptación de normas, civismo, respeto, etc.) | Si |
| La persona sabe protegerse del abuso de terceras personas (desconfía de personas estrañas, da el número de teléfono y dirección en circunstancias apropiadas, no exhibe dinero o joyas en público, discrimina propuestas deshonestas, etc.) | No |

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

Sexualidad:

| | |
|---|----------|
| No presenta interés por la sexualidad. | X |
| Presenta interés por la sexualidad. | |
| Se masturba. | |
| Tiene o desea mantener relaciones sexuales. | |
| Tiene o desea tener pareja. | |

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

DESARROLLO PERSONAL:

Autonomía personal

Control de esfínteres/ hábitos intestinales.

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

Higiene personal.

| | Autónomo | Con soporte | Dependiente | NS/NC |
|---------------------|----------|-------------|-------------|-------|
| Lavado de manos | | | | |
| Lavado de cara | | | | |
| Higiene del cuerpo. | | | | |
| Lavado de cabeza | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Lavado de dientes | | | | |
| Peinado | | | | |
| Afeitado | | | | |
| Corte de uñas de las manos | | | | |
| Corte de uñas de ls pies | | | | |
| Aplicación de cremas y leches corporales | | | | |
| Depilación | | | | |

Observaciones

Autonomía en el vestir.

Desnudarse:

Observaciones

Vestirse:

Observaciones

Natación:

Observaciones

Vida en el hogar.

Preparación de comidas:

Observaciones

Mantenimiento de la casa:

Observaciones

Conocimiento y cuidado de sus pertenencias:

Observaciones

Habilidades de aprendizaje

Lectura:

Observaciones

Escritura:

Observaciones

Habilidades numéricas:

Observaciones

Coordinación visomanual:

Observaciones

Habilidades laborales:

Observaciones

Orientación en el tiempo:

| | |
|--|--|
| Tiene graves dificultades para orientarse en el tiempo | |
| Se orienta entre mañana, tarde y noche | |
| Entiende el reloj | |
| Entiende el calendario | |

Observaciones

INCLUSIÓN SOCIAL:

Participación comunitaria:

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

Desplazamiento por el entorno:

| | |
|---|--|
| Sabe orientarse con facilidad | |
| Aprende los recorridos nuevos con facilidad. | |
| Tiene recursos suficientes para poder volver en caso de perderse. | |

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

Transporte:

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

Uso del teléfono:

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

Concepto de dinero:

Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

AUTODETERMINACIÓN:

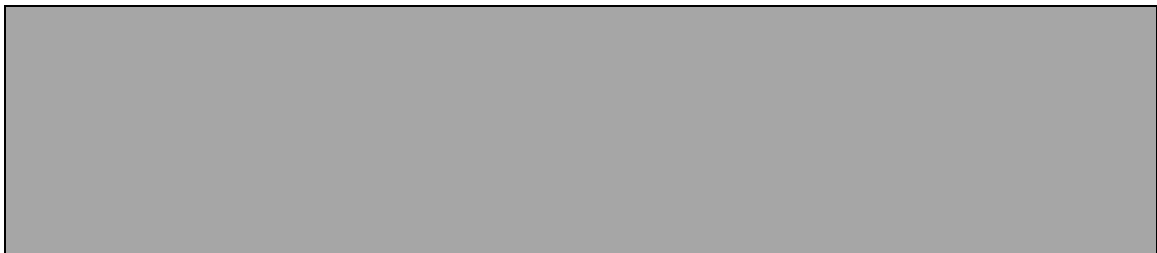
Auto-dirección:

Observaciones

A large, empty gray rectangular box with a thin black border, intended for writing observations related to the 'Auto-dirección' section.

Organización del tiempo libre:

Observaciones

A large, empty gray rectangular box with a thin black border, intended for writing observations related to the 'Organización del tiempo libre' section.