

DIARIO DEL USUARIO

CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL



Datos Generales

Familiar | Cuidador

Código de identificación de Usuario _____

Persona de Contacto _____

Teléfonos de Contacto _____

Centro de Día para personas con discapacidad intelectual

C.D. (nombre) _____

Dirección _____

Profesional de Contacto _____

Teléfonos de Contacto _____

DIARIO DEL USUARIO

CENTROS DE DÍA

PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL





CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES
Agencia Madrileña de Atención Social

Coordina: Coordinación de Calidad, Estrategia y Relaciones Institucionales
@ Comunidad de Madrid

Edita: Agencia Madrileña de Atención Social

Imprime: BOCM

1ª Edición: año 2010

Última revisión: febrero 2025

Edición: 02/2025

Tirada: 1.000 ejemplares

Depósito Legal: M-9809-2025

Impreso en España - Printed in Spain

Información General

Este diario tiene como objetivo la **comunicación entre el Centro de Día y la Familia del Usuario**. Esta información nos permitirá darles un mejor servicio y apoyo.

Los Familiares/Cuidadores completarán la parte referida al Domicilio (gris), y el equipo del Centro de Día la referida al Centro (verde).

En el espacio destinado a observaciones se hará constar si se ha producido alguna alteración en su estado de salud.

La **comunicación entre la Familia y el Centro** es **fundamental** para la **correcta prestación del Servicio**. Por ello, le agradecemos nos informe de cualquier novedad o incidencia acaecida en el domicilio, a fin de ofrecer la mejor atención posible.

La Agencia Madrileña de Atención Social colabora en la tarea de hacer cada día mejor la vida de nuestros Usuarios y sus Familias

Fecha Día Mes Año

Domicilio		Centro	
Sí	No	Sí	No

Alimentación

- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Ha desayunado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tomó algo a media mañana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha comido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha merendado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha cenado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eliminación

- | | | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Micción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deposición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Descanso

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Ha dormido bien esta noche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Siesta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Incidencias en tratamientos habituales

- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Toma todo el medicamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toma sólo parte del medicamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Qué medicamento no ha tomado? | <hr/> | | | |
| Causa | <hr/> | | | |

Incidencias en tratamientos no habituales

- | | | | | |
|------------------------------------------|-------|--|--|--|
| ¿Qué medicamento ha tomado? | <hr/> | | | |
| Causa por lo que lo ha tomado | <hr/> | | | |
| ¿Ha habido alguna incidencia en la toma? | <hr/> | | | |

Domicilio	Centro		
Sí	No	Sí	No

Estado de ánimo que presenta

Triste

Habitual

Alegre

Conducta que manifiesta

Habitual

Hostil

Agitado

Agresivo

Actividades realizadas

Recreativas

Talleres

Terapias

Cambios en las relaciones sociales

Sin cambios

Menos de lo habitual

Más de lo habitual

Peticiones

Familia

Centro

Medicamentos

Absorbente

Ropa

Otros

Observaciones



**Comunidad
de Madrid**

CONSEJERÍA DE FAMILIA,
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES