



FICHA MÉDICA / SAÚDE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____ IDENTIDADE: _____

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

TELFONES PARA EMERGENCIA: _____/_____/_____

E-MAIL PARA EMERGENCIA: _____/_____

NOME DO MÉDICO: _____ TELEFONES: _____/_____

1. Doenças de infância:

Já Apresentou

- Catapora Não Sim
Rubéola Não Sim
Caxumba Não Sim
Coqueluche Não Sim
Escarlatina Não Sim
Sarampo Não Sim
Doença de Kawasaki
(pode dar seqüela cardíaca) Não Sim
Púrpura
(pode dar seqüela renal) Não Sim

3. Qual é a medicação anti-alérgica que costuma usar?

4. Tem alguma doença respiratória?

- Não
 Asma
 Bronquite
 Outras

4.1. Qual a medicação utilizada fora das crises? E durante as crises?

5. Teve algum problema de saúde nos últimos 12 meses?

- Não
 Sim, o que aconteceu?

6. Já precisou ficar internado alguma vez?

- Não
 Sim, por que?

7. Já fez alguma cirurgia?

- Não
 Sim, que tipo de cirurgia, e quando foi realizada?

8. Tem algum problema renal?

- Não
 Cólica Renal
 Infecção urinária

9. Tem diabetes?

- Não
 Sim

9.1 Faz uso de insulina?

- Não
 Sim

10. Tem alguma doença que necessite usar medicamento todos os dias?

- Não
 Sim, qual doença?

Qual medicamento?

Qual a dose e posologia?

11. Tem problemas cardíacos?

- Não
 Pressão Alta
 Pressão Baixa
 Arritmia cardíaca
 Palpitações
 Sopro cardíaco
 Doença nas válvulas cardíacas

12. Costuma ter infecções?

- Não
 Amigdalite
 Sinusite
 Otite

- Rinite
 Dermatite
 Pneumonia

12.1 Faz uso regular de antibióticos?

- Não
 Sim

13. Tem ou já teve desmaio?

- Não
 Sim

Convulsão?

- Não
 Sim

Convulsão febril?

- Não
 Sim

Epilepsia?

- Não
 Sim

14. Recebe algum tratamento?

- Não
 Sim

15. Costuma ter sangramentos com facilidade?

- Não
 Sim, por qual motivo?

2. Possui alergia a:

Alimentos?

- Não
 Sim, quais?

Medicamentos?

- Não
 Sim, quais?

Corantes?

- Não
 Sim, quais?

Sensibilidade ao sol?

- Não
 Sim

Protetor solar?

- Não
 Sim, quais?

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade, tendo ciência de que em caso de omissão ou inexactidão negligente e/ou dolosa, estarei sujeito(a) à aplicação da legislação vigente (cível e criminal).

_____/_____/_____
(Cidade) / de _____ de 20____

Assinatura

Nome: _____

RG: _____