

Nome:		
Data de nascimento:	Sexo:	Escolaridade:
Filiação:		
Endereço:		
Contato em caso de emergência (nome e parentesco):		
Telefones:		

**Importante: Não se esqueça de levar os medicamentos que você costuma usar!**

Tipo sanguíneo / RH: \_\_\_\_\_

Quais doenças de infância já apresentou?:

 Catapora     Rubéola     Caxumba     Coqueluche     Sarampo     OutrasJá foi vacinado contra tétano?                       Não  Sim                      Há quanto tempo? \_\_\_\_\_É alérgico a algum medicamento?                       Não  Sim                      Qual? Como proceder? \_\_\_\_\_É alérgico a algum alimento?                       Não  Sim                      Qual? Como proceder? \_\_\_\_\_Tem alguma doença respiratória?                       Não  Sim                      Qual? Como proceder? \_\_\_\_\_Já precisou ficar internado alguma vez?                       Não  Sim                      Por que? \_\_\_\_\_Já fez alguma cirurgia?                       Não  Sim                      Qual? Há quanto tempo? \_\_\_\_\_Tem problemas cardíacos?                       Não  Sim                      Qual? Como proceder? \_\_\_\_\_Costuma ter infecções?                       Não  Sim                      Qual? Como proceder? \_\_\_\_\_Costuma ter sangramentos?                       Não  Sim                      Qual? Como proceder? \_\_\_\_\_Faz uso regular de antibióticos?                       Não  Sim                      Qual? \_\_\_\_\_Faz uso de insulina?                       Não  Sim                      Com que frequência? \_\_\_\_\_Tem ou já teve desmaio/convulsões?                       Não  Sim                      Como proceder? \_\_\_\_\_

Algum problema de saúde nos últimos 12 meses?                      Qual? \_\_\_\_\_

Alguma doença que necessite usar medicamento todo dia?                       Não  Sim

Especifique: \_\_\_\_\_

Faz algum tratamento psicoterapêutico?                       Não  Sim                      Qual? \_\_\_\_\_

Como proceder em caso de processo febril? \_\_\_\_\_

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

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_  
(Cidade) Assinatura