

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