

| | | |
|--|-------|---------------|
| Nome: | | |
| Data de nascimento: | Sexo: | Escolaridade: |
| Filiação: | | |
| Endereço: | | |
| Contato em caso de emergência (nome e parentesco): | | |
| Telefones: | | |
| Tipo sanguíneo: | RH: | |

Importante: Não esquecer de levar os medicamentos que você costuma usar!

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: _____ | RG: _____ |
| _____ / de _____ de 20 _____ | _____ |
| (Cidade) | Assinatura |