



GE Alm. José de Araújo Filho 35RS
Garibaldi-RS

FICHA MÉDICA

Nome: _____ Registro: _____

Nome registro: _____

Sexo: _____ Data de nasc.: _____

Altura: _____ Peso: _____ Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO () Não () Sim

() Óculos () Lentes de contato () Aparelhos dentários () Sondas () Marcapasso () Aparelhos de audição ()

Outros Cite: _____

DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO () Não () Sim

() Asma () Bronquite () Catapora () Caxumba () Convulsões () Desmaios () Dengue () Diabetes

() Epilepsia () Hemofilia () Hemorragias () Hepatite () Hipertensão () Rubéola () Sarampo () Sinusite

Em tratamento: _____

Informações: _____

MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU () Não () Sim

*** Se necessário, listar medicamentos no

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? () Sim () Não

Informações: _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

() Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis () Aceita decisões médicas

Avisar em Emergências () País () Outro: _____ Telefone: _____

Plano de saúde: () Não/SUS () Sim Cite: _____ Carteirinha: _____

Médico de Preferência: _____ Telefone(s): _____

ALERGIAS () Não () Sim

() Picada de inseto Cite: _____

() Medicamentos Cite: _____

() Plantas Cite: _____

() Alimentos Cite: _____

() Outro Cite: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Possui impedimento físico? () Não () Sim Cite: _____

Restrições a alimentos? () Não () Sim Cite: _____

Problemas cardíacos? () Não () Sim Cite: _____

Sabe nadar? () Não () Sim

É sonâmbulo? () Não () Sim

DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS

Apresenta Distúrbio de Comportamento? Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.

() Não () Sim Cite:

Apresenta Distúrbio Alimentar? Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

() Não () Sim Cite:

Apresenta Distúrbio de Ansiedade Fóbica? Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia Social, etc.

() Não () Sim Cite:

DEFICIÊNCIAS () Não () Sim

() Física Cite: _____

() Visual Cite: _____

() Auditiva Cite: _____

() Intelectual Cite: _____

Data da última atualização: _____ Assinatura do Pai/Responsável: _____

