

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 ( ) Pais ( ) Outro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Plano de saúde: ( ) Não/SUS ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_ Carteirainha \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

