

FICHA DE SAÚDE



Nome: _____

Data de nascimento: / / _____ Sexo: M F

Nome do pai: _____

Nome da mãe: _____

Nome do responsável: _____

Endereço _____

Telefones para contato em caso de uma urgência médica: _____

Tel. Fixo: _____ Celular: _____

E-mail para contato em caso de urgência médica: _____

Telefone do pediatra: _____

1. Doenças de infância:

Já Apresentou

- Catapora Não Sim
- Rubéola Não Sim
- Caxumba Não Sim
- Coqueluche Não Sim
- Escarlatina Não Sim
- Sarampo Não Sim
- Doença de Kawasaki
(pode dar seqüela cardíaca) Não Sim
- Púrpura
(pode dar seqüela renal) Não Sim

2. Possui alergia a:

Alimentos?

- Não
- Sim, quais? _____

Medicamentos?

- Não
- Sim, quais? _____

Corantes?

- Não
- Sim, quais? _____

Sensibilidade ao sol?

- Não
- Sim

Protetor solar?

- Não
- Sim, quais? _____

3. Qual é a medicação anti-alérgica que costuma usar?

4. Tem alguma doença respiratória?

- Não
- Asma
- Bronquite
- Outras _____

4.1. Qual a medicação utilizada fora das crises? E durante as crises?

5. Teve algum problema de saúde nos últimos 12 meses?

- Não
- Sim, o que aconteceu? _____

6. Já precisou ficar internado alguma vez?

- Não
- Sim, por que? _____

7. Já fez alguma cirurgia?

- Não
- Sim, que tipo de cirurgia, e quando foi realizada? _____

8. Tem algum problema renal?

- Não
- Cólica Renal
- Infecção urinária

9. Tem diabetes?

- Não
- Sim

9.1 Faz uso de insulina?

- Não
- Sim

10. Tem alguma doença que necessite usar medicamento todos os dias?

- Não
- Sim, qual doença? _____

Qual medicamento?

Qual a dose e posologia?

11. Tem problemas cardíacos?

- Não
- Pressão Alta
- Pressão Baixa
- Arritmia cardíaca
- Palpitações
- Sopro cardíaco
- Doença nas válvulas cardíacas

12. Costuma ter infecções?

- Não
- Amigdalite
- Sinusite
- Otite

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

_____/ de _____ de 20_____
(Cidade)

Assinatura

Nome: _____

RG: _____

- Rinite
- Dermatite
- Pneumonia

12.1 Faz uso regular de antibióticos?

- Não
- Sim

13. Tem ou já teve desmaio?

- Não
- Sim

Convulsão?

- Não
- Sim

Convulsão febril?

- Não
- Sim

Epilepsia?

- Não
- Sim

14. Recebe algum tratamento?

- Não
- Sim

15. Costuma ter sangramentos com facilidade?

- Não
- Sim, por qual motivo? _____