

HISTÓRICO DE SAÚDE

Este formulário deverá ser preenchido, no ato da matrícula, exclusivamente pelo responsável do(a) aluno(a): pai, mãe ou tutor.

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Sexo: Masculino Feminino
 Data de Nascimento: ____/____/____ Idade (anos): _____ Altura (m): _____ Peso (Kg): _____
 CPF: _____ Curso: _____
 Tel. Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____ Tel. de Contato: (____) _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE:

Tem algum problema de saúde? Sim Não
 ↳ Quais? _____
 Está com vacinação em dia? Sim Não
 Tem alguma alergia? Sim Não
 ↳ Quais? _____
 Atualmente está em tratamento médico?..... Sim Não
 ↳ Quais? _____
 Tem alguma alergia a algum medicamento ou substância? Sim Não
 ↳ Quais? _____
 Usa óculos, aparelho auditivo, prótese ou órtese?..... Sim Não
 ↳ Quais? _____
 Possui alguma necessidade específica? Sim Não
 ↳ Quais? _____

Em caso de emergência, avisar: _____

Você já teve ou tem algumas das doenças abaixo:

Pneumonia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Problema Renal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Rinite Alérgica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Problema Hepático:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Asma:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Epilepsia (Convulsão):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Bronquite:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dengue:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Anemia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Doença do Coração:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dores de Estômago:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Reumatismo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diabetes:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Sarampo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Caxumba:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dor na Coluna:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Catapora:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Enxaqueca:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Rubéola:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hipertensão Arterial (Pressão Alta):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Assinatura responsável