



FICHA DE SAÚDE

Ref.: 001. 01. 01. 10 - M

NOME: _____

SEXO: () M () F

DATA DO NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

ENDEREÇO:

_____ TEL: _____

1.É sujeito a algum tipo de sangramento anormal?
(em caso de positivo especifique qual)

6.Apresenta crises súbitas, tais como: asma, convulsão,
desmaios, sonambulismo, etc?

2.É alérgico a algum medicamento?

7.Faz uso sistemático de algum remédio? (Tecretol, Comital
Gardenal, Hidantal, Anti alérgicos, etc.)

É alérgico a algum fator? (pó, pêlos, lã, picada de insetos)

8.Já se submeteu a alguma operação?
(em caso positivo especifique qual)

Qual o tipo de alergia?

9.Como reage ao processo febril?

Pele _____

Asma _____

Respiratória _____

10.Todas as crianças deverão levar uma bolsinha com os
remédios que estão acostumadas a usar no Brasil (mesmo
se não estiverem usando os mesmos no momento)

3.Já tomou vacina contra tétano? () sim () não

Quantas doses tomou?__ Data última dose: __ / __ / __

Soro anti tetânico: _____ Data: ____ / ____ / ____

11.Se tiver algum tipo de seguro de saúde internacional, col
o nome e o número do mesmo.

4.Doenças de infância (coqueluche, sarampo, catapora,
caxumba, rubéola)

12.OBSERVAÇÕES

Coloque aqui outras informações que julgue necessário:

5.É portador de alguma doença crônica?

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do pai ou responsável