

Ficha de Saúde



Nome: _____

Plano de Saúde: _____

Nº do cartão SUS: _____ Data de hoje: ____/____/____

Quais doenças já teve:

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Catapora | <input type="checkbox"/> Meningite | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Dengue |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Malária | <input type="checkbox"/> Febre amarela | <input type="checkbox"/> H1N1 |
| <input type="checkbox"/> Cólera | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Sarampo | <input type="checkbox"/> Tétano |
| <input type="checkbox"/> Varíola | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Caxumba |
| <input type="checkbox"/> Renite | <input type="checkbox"/> Bronquite | | |

Problemas Cardíaco: Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Alergia a algum medicamento: Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Tem intolerância a lactose? Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Tem alguma deficiência? Sim Não

Se sim, qual: _____

Transusão de sangue: Sim Não

Alergia na pele: Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Tem ou teve desmaio ou convulsão? Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Problemas Psicológicos Sim Não

Se sim, faz acompanhamento? _____

Possui alguma alergia? Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

É diabetico? Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Teve algum ferimento grave recente? Sim Não

Algum tipo de fratura recente? Sim Não

Se sim, quais: _____

Passou por cirurgias? Sim Não

Se sim, quais: _____

Motivo de internação nos ultimos 5 anos: _____

Tipagem Sanguínea: A B O AB Fator RH: Positivo Negativo

Me responsabilizo por todas as informações desta Ficha Médica, e garanto que nenhuma outra informação foi omitida, que pode vir à prejudicar o membro e o Clube, em caso de um Atendimento Médico de emergência.

Assinatura do Responsável

CPF do Responsável