

Nome Completo: _____

Idade: _____

Em caso de alguma emergência favor ligar para:

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Pressão Arterial: Máxima: _____ Mínima: _____

Frequência Cardíaca: _____ Tipo de Sangue: _____

Indique quais das doenças abaixo tem ou já teve:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Hepatite |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Demaios | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Sarampo |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Catapora | <input type="checkbox"/> Bronquite | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Caxumba | <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | |

Indique quais alergias possui:

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Novalgina | <input type="checkbox"/> Xylocaina | <input type="checkbox"/> Paracetamol |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | | |

Pratica alguma atividade física?

- Sim Não Qual? _____

Esta tomando algum medicamento atualmente?

() Sim () Não Qual? _____

Possui algum tipo de alergia em relação a algum medicamento ou alimentação ?

() Sim () Não Qual? _____

Tem algum tipo de doença que esta fazendo tratamento ?

() Sim () Não Qual? _____

Já fez algum tipo de cirurgia recentemente?

() Sim () Não Qual? _____

Como deve ser medicado em caso de:

Crise da asma: _____

Crise de bronquite: _____

Febre: _____

Dor de garganta: _____

Dor de cabeça: _____

Dor de ouvido: _____

Dor de barriga: _____

Gripe ou resfriado: _____

Cólicas: _____

Outro: _____

Declaro para todos os devidos fins expressar a verdade nas informações acima preenchidas.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura