



FICHA MÉDICA

Nome: _____ Registro
Sexo: _____ Data de nascimento: _____
Altura: _____ Peso: _____ Tipo: _____ Fator RH: _____

UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO

Óculos Lentes de Aparelhos dentários Sondas Marcapasso Aparelhos de audição
 Outros Cite: _____

DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO

Asma Bronquite Catapora Caxumba Convulsões Desmaios
 Diabetes Epilepsia Hemofilia Hemorragias Hepatite Rubéola
 Sarampo Sinusite Dengue

Em
Informações

MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU NÃO)

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? Sim Não
Informações

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis Aceita decisões médicas
Avisar em Emergências Pais Outro: _____ Telefone
Convênio médico: Não informado Nº Carteirinha: _____
Médico de _____ Telefone

INFORMAÇÕES GERAIS

Tem alergia? Picada de inseto Medicamentos Plantas Alimentos
 Outro tipo de alergia Cite: _____
Possui impedimento físico? Não Sim Cite: _____
Restrições a alimentos? Não Sim Cite: _____
Problemas cardíacos? Não Sim Cite: _____
Sabe nadar? Não Sim
É sonâmbulo? Não Sim
Deficiências: Física Visual Auditiva Intelectual

DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS

Apresenta algum Distúrbio de _____ Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.
 Não Sim Cite: _____
Apresenta algum Distúrbio Alimentar? _____ Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.
 Não Sim Cite: _____
Apresenta algum Distúrbio de Ansiedade _____ Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia
 Não Sim Cite: _____

Data: _____

(assinatura do Pai/Responsável)