**FICHA MÉDICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | |
| **RG:** | | **CPF:** | |
| **Data de Nascimento:** // | | **Tipo Sanguíneo:** | |
| 1. **Condicionamento físico:** () Ótimo () Muito Bom () Bom () Razoável () Ruim | | | |
| 1. **Possui conhecimentos de primeiros socorros?** () Sim () Não | | | |
| 1. **Sabe nadar?** () Sim () Não | | 1. **Fumante?** () Sim () Não | |
| 1. **Atualmente grávida?** () Sim () Não | | | |
| 1. **Tem Convênio Médico?** () Sim () Não | **Qual?** | | **Telefone:** |
| 1. **Faz uso de medicação? (receitados ou não por médico)?** () Sim () Não   Qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 1. **É alérgico (a) a algum tipo de medicamento?** () Sim () Não   Qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 1. **Relate quaisquer outras alergias que você tenha:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 1. **Esteve nos últimos meses sob alguma forma de tratamento médico?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 1. **Tem ou já teve algum destas doenças?**  |  |  | | --- | --- | | ( ) Hepatite – Tipo \_\_\_\_\_\_ | ( ) Asma, Bronquite | | ( ) Anemia | ( ) Epilepsia / Convulsões | | ( ) Problemas cardíacos | ( ) Pânico / Fobia | | ( ) Hipertensão | ( ) Problemas de Pressão | | ( )Febre Reumática | ( ) Outro – Qual? | | ( ) AIDS |  | | ( ) Diabetes |  | | ( ) Tuberculose |  | | | | |
| 1. **Tem tido alguns dos seguintes sintomas:**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | ( ) Falta de ar | ( ) Dores no peito | ( ) Outro – Qual? | | ( ) Taquicardia | ( ) Visão turva |  | | ( )Náusea / Vômitos | ( ) Pressão Alta |  | | ( ) Dores de Cabeça | ( ) Pressão Baixa |  | | ( ) Dormência | ( ) Palpitações |  | | ( ) Perda de audição | ( ) Tonturas / Desmaios |  | | | | |
| 1. **Já foi submetido (a) a alguma cirurgia?** () Sim () Não   Qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Alguma outra informação pertinente à sua saúde que deveríamos saber, em caso de emergência? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |

**Em caso de acidente a quem devemos avisar:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_