**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_