

**FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS DO ALUNO**

Nome:	Série:	RA:
Data Nascimento:     /     /	Idade:	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Nome do Pai:	Tel.	
Nome da Mãe:	Tel.	
Nome do Responsável:	Tel.	

- O aluno(a) vive com:  pais  só com o pai  só com a mãe  outros \_\_\_\_\_
- Possui convênio:  sim  não Qual? \_\_\_\_\_
- Faz uso de algum medicamento controlado:  sim  não Qual? \_\_\_\_\_  
como deve ser administrado? \_\_\_\_\_
- Possui alergia a algum medicamento ou componente químico?  sim  não Qual? \_\_\_\_\_
- Possui algum outro tipo de alergia? (inseto, alimentar, etc.) \_\_\_\_\_
- Tem ou teve problema cardíaco?  sim  não Qual? \_\_\_\_\_
- Faz acompanhamento desse problema?  sim  não Qual? \_\_\_\_\_
- Usa alguma prótese?  sim  não Qual? \_\_\_\_\_
- Tem ou teve desmaio ou convulsão?  sim  não Motivo? \_\_\_\_\_
- É acompanhado por causa disso?  sim  não Onde? \_\_\_\_\_
- Tem diabetes?  sim  não Qual tipo? \_\_\_\_\_
- Faz tratamento por causa disso?  sim  não Onde? \_\_\_\_\_
- Já teve alguma fratura?  sim  não Qual? \_\_\_\_\_
- Já se submeteu a alguma cirurgia?  sim  não Qual? \_\_\_\_\_
- Já esteve internado?  sim  não Motivo? \_\_\_\_\_
- Faz algum tratamento especializado?  Psicólogo  Fonoaudiólogo  Terapia ocupacional  
 outro Qual? \_\_\_\_\_
- Problemas tratados por um médico:  Asma  Pressão Arterial  Olhos  Musculares  Úlcera  
 Amnésia  Obesidade  Outros: \_\_\_\_\_
- Doenças que já teve:  Catapora  Meningite  Hepatite  Dengue  Pneumonia  
 Outros: \_\_\_\_\_
- Se houver alguma informação a acrescentar, por favor registre-a neste espaço: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
responsável pelo aluno(a), \_\_\_\_\_, recebi, li e estou ciente,  
declarando verdadeiro o conteúdo da FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS DO ALUNO.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Responsável