

FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS DO ALUNO

Nome:	Série:	RA:
Data Nascimento: / /	Idade:	Sexo [] Feminino [] 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