

**LIBERATO**

uma escolha, um caminho, um futuro

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS**

Nome do Aluno(a): \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Sexo: Fem ( ) Masc ( )

Nº Matrícula: \_\_\_\_\_ Identidade nº: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Convênio médico: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Res: \_\_\_\_\_

**Em caso de EMERGÊNCIA, chamar (colocar todos os telefones possíveis para contato):**

Fone: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

1. Assinale abaixo se o aluno apresenta alguma das condições médicas relacionadas:

A) ( ) Alergia a antibióticos – Qual?: \_\_\_\_\_

B) ( ) Alergia a analgésicos – Qual?: \_\_\_\_\_

C) ( ) Alergia a picada de inseto – Qual?: \_\_\_\_\_

D) ( ) Alergia a algum alimento – Qual?: \_\_\_\_\_

E) É fumante? ( ) Sim ( ) Não

F) ( ) Doença cardíaca (arritmia, angina, hipertensão, hipotensão, insuficiência cardíaca, infarto, doença valvular...) – Qual?: \_\_\_\_\_

G) ( ) Doença ou complicações respiratórias (asma, bronquite, rinite, sinusite, pneumonia, enfisema, tuberculose...) – Qual?: \_\_\_\_\_

H) ( ) Doença cerebral ou síndrome neurológica (Alzheimer, Parkinson, esclerose múltipla, epilepsia, convulsão...) – Qual?: \_\_\_\_\_

I) Diabetes ( ) Tipo I – ( ) Tipo II

J) Desvios ou complicações posturais (escoliose, hiper cifose torácica, hiperlordose lombar, dor nas costas...) – Qual?: \_\_\_\_\_

K) Complicações articulares ( ) Ombro ( ) Cotovelo ( ) Punho ( ) Quadril ( ) Joelho ( ) Tornozelo ( ) Outro

L) Possui histórico de fratura óssea? ( ) Sim ( ) Não Onde: \_\_\_\_\_

2. Na família há histórico das doenças acima mencionadas? ( ) Sim ( ) Não Qual?: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão ( ) Avós paternos ( ) Avós maternos

3. Há algum problema de saúde não listado? Qual? \_\_\_\_\_

4. Doenças contraídas na infância: ( ) Caxumba ( ) Sarampo ( ) Escarlatina ( ) Rubéola ( ) Catapora ( ) Coqueluche Outras doenças: Qual? \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Assinatura do(a) aluno(a)

Assinatura do(a) responsável