

### FICHA MÉDICA

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Número do cartão SUS: \_\_\_\_\_ Plano de Saúde: \_\_\_\_\_  
Tipo Sanguíneo/Fator RH: \_\_\_\_\_  
Médico Particular (nome e telefone): \_\_\_\_\_

#### Contato em caso de emergência

Nome /parentesco: \_\_\_\_\_ fone: \_\_\_\_\_  
Nome /parentesco: \_\_\_\_\_ fone: \_\_\_\_\_  
Nome /parentesco: \_\_\_\_\_ fone: \_\_\_\_\_  
Nome do Orientador (a): \_\_\_\_\_

Está em tratamento médico ou é portador de alguma doença? Especifique:  
\_\_\_\_\_

É alérgico a algum tipo de medicamento? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Outras alergias? Quais? \_\_\_\_\_

Já teve ou é propensa a convulsão? Especifique: \_\_\_\_\_

Em caso de febre o que costuma tomar? \_\_\_\_\_ Qual dose? \_\_\_\_\_

Já sofreu alguma cirurgia? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

#### Já apresentou ou apresenta algum dos problemas a seguir

- |                         |                       |                                 |                   |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------|
| ( ) Problema Renal      | ( ) Disritmia         | ( ) Hipoglicemia                | ( ) Hiperglicemia |
| ( ) Problemas cardíacos | ( ) Enxaqueca         | ( ) Diabetes                    | ( ) Hipertensão   |
| ( ) Asma                | ( ) Epilepsia         | ( ) Rinite                      | ( ) Úlcera        |
| ( ) Sonambulismo        | ( ) Sangramento nasal | ( ) Dificuldade de cicatrização |                   |

Qualquer detalhe ou recomendação importante, favor anexar a esta ficha com a devida explicação.

Estou ciente e de acordo que estas informações serão repassadas ao meu Orientador(a).

Belo Horizonte \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.