



14/SC - IPE AMARELO

FICHA MÉDICA

Nome: _____ Registro na UEB: _____

Sexo: _____ Data de nascimento: _____

Altura: _____ Peso: _____ Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO

Óculos Lentes de contato Aparelhos dentários Sondas Marcapasso Aparelhos de audição
 Outros Cite: _____

DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO

Asma Bronquite Catapora Caxumba Convulsões Desmaios
 Diabetes Epilepsia Hemofilia Hemorragias Hepatite Rubéola
 Sarampo Sinusite

Em tratamento: _____

Informações _____

MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU NÃO)

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? Sim Não

Informações _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis Aceita decisões médicas

Avisar em Emergências Pais Outro: _____

Convênio médico: _____

Telefone _____

Médico de Preferência: _____

Nº Carteirinha: _____

Telefone _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Tem alergia? Picada de inseto Medicamentos Plantas Alimentos

Outro tipo de alergia Cite: _____

Possui impedimento físico? Não Sim Cite: _____

Restrições a alimentos? Não Sim Cite: _____

Problemas cardíacos? Não Sim Cite: _____

Sabe nadar? Não Sim

É sonâmbulo? Não Sim

Deficiências: Física Visual Auditiva Intelectual

DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS

Apresenta algum Distúrbio de Comportamento? Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.

Não Sim Cite: _____

Apresenta algum Distúrbio Alimentar? Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

Não Sim Cite: _____

Apresenta algum Distúrbio de Ansiedade Fóbica? Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia Social,

Não Sim Cite: _____

Data: _____

(assinatura do Pai/Responsável)