



111/PR – SÃO MARCELINO CHAMPAGNAT

**FICHA MÉDICA****JOVEM:**Nome: ..... Nº de registro UEB: .....  
Telefones: residencial: ..... celular: ..... E-mail: .....**1º RESPONSÁVEL:**Nome: ..... Parentesco: .....  
Telefone: Cel.: ..... E-mail: .....**2º RESPONSÁVEL:**Nome: ..... Parentesco: .....  
Telefone: Cel.: ..... E-mail: .....

Sexo: ..... Data de nasc.: .....

Altura: ..... Peso: ..... Tipo sanguíneo: ..... Fator RH: .....

**UTILIZA DOS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO:** ( ) Não ( ) Sim (assinale abaixo)( ) Óculos ( ) Lentes de contato ( ) Aparelhos dentários ( ) Sondas ( ) Marca Passo ( ) Aparelhos de audição  
( ) Outros – Cite: .....**DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO:** ( ) Não ( ) Sim (assinale abaixo)( ) Asma ( ) Bronquite ( ) Catapora ( ) Caxumba ( ) Convulsões ( ) Desmaio ( ) Dengue ( ) Diabetes  
( ) Epilepsia ( ) Hemofilia ( ) Hemorragias ( ) Hepatite ( ) Rubéola ( ) Sarampo ( ) Sinusite

Em tratamento: .....

Informações: .....

**MEDICAMENTOS EM USO** (contínuos ou não): ( ) não ou ( ) sim

Nome do medicamento:	Uso contínuo:	Informações:
.....	( ) não ou ( ) sim	.....
.....	( ) não ou ( ) sim	.....
.....	( ) não ou ( ) sim	.....
.....	( ) não ou ( ) sim	.....

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo: ( ) Sim ou ( ) Não

Informações: .....

**EMERGÊNCIAS MÉDICAS:**

( ) Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis ou ( ) Aceita decisões médicas

Avisar em emergências: ( ) Pais/Responsáveis - ( ) Outros: Nome ..... fone: .....

Plano de saúde: ( ) Não/SUS ou ( ) Sim: Cite ..... Nº carteirinha: .....

Plano de saúde (outro): ..... Nº carteirinha: .....

Médico de preferência: ..... fone cel.: .....

**ALERGIAS:** ( ) Não ( ) Sim (assinale abaixo)

( ) Picada de inseto: Cite: .....

( ) Medicamentos: Cite: .....

( ) Plantas: Cite: .....

( ) Alimentos: Cite: .....

( ) Outros: Cite: .....

**INFORMAÇÕES GERAIS:**

Possui impedimento físico? ( ) Não – ( ) Sim – Cite: .....

Restrições alimentares? ( ) Não – ( ) Sim – Cite: .....

Problemas cardíacos? ( ) Não – ( ) Sim – Cite: .....

Sabe nadar? ( ) Não – ( ) Sim

É sonâmbulo? ( ) Não – ( ) Sim

**DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS:**

Apresenta algum distúrbio de comportamento? ( ) Não – ( ) Sim – Cite: .....

Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, ocupação desafiante, etc...

Apresenta algum distúrbio alimentar? ( ) Não – ( ) Sim – Cite: .....

Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc...

Apresenta algum distúrbio de ansiedade fóbica? ( ) Não – ( ) Sim – Cite: .....

Exemplo: Distúrbio de pânico, Agora fobia (lugares fechados ou abertos), Fobia social (exposição social) etc.

**DEFICIÊNCIAS:** ( ) Não ( ) Sim (assinale abaixo)

( ) Física: Cite: .....

( ) Visual: Cite: .....

( ) Auditiva: Cite: .....

( ) Intelectual: Cite: .....

**OBSERVAÇÕES:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ciente:

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura