

## DADOS DE SAÚDE

<b>Dados pessoais:</b>	
Nome completo:	
Data de nascimento:	Idade:
Estado civil:	Tipo sanguíneo/ fator RH:
Endereço:	
Telefone:	
Órgão:	Lotação:
Vínculo:	Função:

<b>Em caso de emergência quem devemos contatar?</b>	
Nome:	Parentesco:
Telefone:	

<b>Antecedentes Familiares:</b>			
<b>Doença</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Grau de parentesco</b>
Câncer	( )	( )	
Doença mental	( )	( )	
Diabetes	( )	( )	
Derrame/ AVC	( )	( )	
Doença do coração	( )	( )	
Pressão alta	( )	( )	
Obesidade	( )	( )	
Outras observações a seu critério:			

<b>Antecedentes Pessoais - Tem ou teve?</b>					
<b>Doenças respiratórias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Doenças renais</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Asma/ Bronquite	( )	( )	Infecção urinária	( )	( )
Rinite	( )	( )	Cálculo renal	( )	( )
Pneumonia	( )	( )	<b>Doenças ortopédicas/ reumáticas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Doenças cardiológicas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	Fraturas	( )	( )
Hipertensão arterial	( )	( )	Artrose	( )	( )
Colesterol alterado	( )	( )	<b>Doenças gástricas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Doenças endocrinológicas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	Gastrite	( )	( )
Hipotireoidismo/ Hipertireoidismo	( )	( )	Hepatite	( )	( )
Diabetes	( )	( )	<b>Doenças oftalmológicas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Doenças neurológicas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	Usa óculos	( )	( )
Epilepsia	( )	( )	Outras observações a seu critério:		
Cefaleia (dor de cabeça)	( )	( )			

<b>Tem Algum Tipo de alergia?</b>			
Medicamentosa ( )	Alimentar ( )	Respiratória ( )	Dermatológica ( )

<b>Está tomando algum medicamento de uso contínuo?</b>	
Qual (is)?	

<b>Tem plano de saúde?</b> Sim ( ) Não ( )
Qual?

<b>Nos últimos doze meses apresentou alguma doença relevante que convém mencionar?</b>	
Sim ( ) Não ( )	
Se sim, descreva:	

As respostas acima são de minha inteira responsabilidade. Declaro que tenho conhecimento das implicações legais pelo fornecimento de declaração falsa, em especial do crime de falsidade ideológica capitulada no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

assinatura