



ASSOCIAÇÃO SUL ESPÍRITO SANTENSE
MINISTÉRIO DOS AVENTUREIROS



CLUBE: _____

REGIÃO: _____ IGREJA: _____ DISTRITO: _____

FICHA MÉDICA

Dados Pessoais

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____

Nome do Pai (ou responsável legal): _____

Telefone(s) de contato: _____

Nome da Mãe (ou responsável legal): _____

Telefone(s) de contato: _____

Convênio médico: _____ Carteira Nacional de Saúde (Cartão do SUS): _____

Em caso de emergência avisar a: _____ Tel.: () _____

Dados Gerais:

1. Já teve:

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|----------------|---------------|
| () Catapora | () Malária | () Sarampo | () Caxumba |
| () Meningite | () Febre amarela | () Tétano | () COVID-19 |
| () Hepatite | () H ₃ N ₂ | () Varíola | () Rinite |
| () Dengue | () Cólera | () Coqueluche | () Malária |
| () Pneumonia | () Rubéola | () Difteria | () Bronquite |

2. Já fez transfusão de sangue? () Sim () Não

3. Atualmente possui alguma doença? () Sim () Não

- | | | |
|---------------------|------------------|------------------|
| () Diabetes | () Epilepsia | () Renais |
| () Cardiopatia | () Sonambulismo | () Psicológicos |
| () Hipertensão | () Desmaios | |
| () Outras doenças: | _____ | |

4. Faz uso de alguma medicação? () Sim () Não

Qual? _____

5. Possui algum tipo de alergia? () Sim () Não

- () Insetos (pele)
() Bronquite
() Asma
() Rinite

() Alimentos – Qual (is)? _____

() Medicamentos - Qual(is)? _____

() Outras Alergias: _____

6. Faz uso de alguma medicação para alergia? () Sim () Não
Qual? _____

7. A vacinação está em dia? () Sim () Não
Data da última vacina DT (vacina de tétano): ____/____/____

8. Costuma ter dificuldade de evacuar quando está fora de casa? () Sim () Não

9. Problemas de saúde recentes: _____

10. Medicamentos usados recentemente (ano vigente): _____

11. Alguma fratura ou ferimento grave recentemente? _____

12. Passou por cirurgias? _____

13. Motivo de internação nos últimos 5 anos? _____

14. Tem ou teve desmaio ou convulsão? _____ Se sim, quais medicamentos usa: _____

15. Tem intolerância a lactose? _____ Se sim, quais medicamentos usa: _____

16. Grupo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

OBS: _____

Data do preenchimento: ____/____/____

Assinatura igual à do RG

Assinatura igual à do RG

OBS.: Assinaturas do pai e da mãe ou responsável(is) legal(is)