

Ficha de saúde do aluno

- Para que você viaje em segurança, contará com um seguro de viagem.
- Caso tenha algum problema de saúde, será atendido(a) por médicos no hospital.
- Preencha a ficha abaixo com clareza e evite abreviações.

Aluno: _____

Endereço do Aluno: _____

Nº. _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Fones: () _____ / _____

Nascimento: ____/____/____

RG: _____

Certidão de Nascimento nº. _____ Folha: _____

Responsável:

() Pai () Mãe () Avós () Irmã (o) Nome:

RG do Responsável: _____

1. Assinale se é portador de alguma doença:

Diabetes () Asma/Bronquite () Outros _____

Em caso afirmativo, escreva abaixo qual a medicação utilizada e sua

freqüência: _____

2. Tipo sanguíneo: _____

3. Informe se há alguma restrição alimentar:

Glúten() Lactose () Açúcares () Outros _____

4. Informe se já tomou:

Vacina antitetânica () Penicilina () Antibióticos () Outros

5. Medicamentos que devem ser utilizados em caso de:

Sintomas	Medicamentos
----------	--------------

Febre	
Dor de cabeça	
Cólicas	
Vômitos/ Náuseas	
Dor de Estômago	
Outros	

6. Utiliza algum medicamento atualmente?

() Não () Sim

Em caso afirmativo, favor colocar na mala e especificar abaixo.

Nome do remédio	Em que situação tomar	Dosagem

7. Alergias

Tem alergia a:	() Remédios. Qual? _____	() Picada de inseto. Qual? _____	() Outros. Especifique: _____
Como a alergia se manifesta?	() Coceira () Manchas na pele () Dificuldade de respirar () Outros. Quais? _____		
	Qual medicamento utilizou no caso da manifestação da alergia? _____		

8. Marque se já aconteceu:

	Sim	Não	Remédio
Desmaios			
Convulsão			
Hemorragia nasal			
Vômitos freqüentes			
Bronquite / asma			
Outros.			

9. Em ferimentos, poderá ser usado:

Água oxigenada () Mercúrio Cromo () Mertiolato ()

Esparadrapo () Band-aid () Hirudoid () Tintura de arnica ()

Outros: _____

10. Pratica regularmente alguma atividade física?

Especifique: _____

11. Sabe nadar?

Sim () Não ()

12. Outras deficiências, dificuldades de mobilidade ou problemas de saúde não relacionados nesta ficha:

13. Quem devemos contatar, caso seja necessário?

Nome: _____

Telefone: () _____

Grau de parentesco: _____

De acordo: _____

(Assinatura do pai ou responsável)