

**FICHA MÉDICA**

Educando(a): _____

I - DADOS PESSOAIS COMPLEMENTARES

1) Durante a atividade você usa:

- () Lente de contato () Protetor de bucal
 () Óculos () Aparelho de surdez
 () Aparelho ortodôntico
 () Outros.

Quais? _____

II - DOENÇAS PASSADAS E PRESENTES

- 1) () Anomalias congênitas ou ausência de órgãos
 2) () Doenças de sangue () Anemia
 3) () Bronquite () Asma () Pneumonia
 () Outros. Quais? _____
 4) () Epilepsia (convulsões) () Disritmia
 5) () Hepatite, Icterícia
 6) () Diabetes
 7) () Sangue na urina
 8) Alergia a remédios? () Sim () Não
 () AAS () Novalgina () Mercúrio () Antibióticos
 () Outros. Quais? _____
 9) () Desmaios ou Tonteadas
 10) () Dores de cabeça constantes
 11) () Visão embaçada, conjuntivite
 12) () Sangramento nasal crônico
 13) () Infecções, bolhas ou manchas da pele
 14) () Doenças cardíacas congênitas
 () Sopros
 15) () Apendicite () Hérnias () Dores abdominais
 16) () Dor torácica durante exercício () falta de ar
 17) () Tuberculose () Tosse crônica
 18) () Indigestão frequente () Azia () Gastrite () Úlcera
 19) () Doenças renais () ou na bexiga
 20) () Problemas com calor
 21) () Doenças mentais () Distúrbios psicológicos

22) () Qualquer outra doença.

Qual? _____

III - REMÉDIO

1) Usa ou usou algum remédio regularmente? () Sim () Não

Qual? _____ Dose _____

IV - OPERAÇÃO OU HOSPITALIZAÇÃO

Qual? _____

Realizou exame diagnósticos?

() E.C.G. () E.E.G. () Outros. Qual? _____

V - PROBLEMAS ORTOPÉDICOS

- () Cabeça () Pescoço () Ombro () Clavícula () Cotovelo
 () Punho () Braço () Mão () Coluna () Espinha
 () Quadril () Pelve () Coxa () Joelhos () Perna
 () Calcanhar () Pés

Maiores detalhes sobre o item acima (artrites, fraturas, lesões do nervo, etc.)

Você usa: Prótese óssea? () Sim () Não
 Aparelho ortopédico? () Sim () Não
 Palmilha? () Sim () Não

VI - OUTRAS INFORMAÇÕES

Você: Fuma? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

Quantos por dia? _____

Bebe? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

VII - SEXO FEMININO

Frequência Menstrual: () Regular () Irregular

Uso de anticoncepcionais? () Sim () Não

Declaro que as informações acima apresentadas são verídicas e de minha inteira responsabilidade.

Salvador, de abril de 2014.

Assinatura do educando(a)_____
Assinatura do Responsável