

FICHA MÉDICA DE ATIVIDADE EXTERNA

Esta *Ficha de Saúde* é para uso em *Casos de Emergência*. Deve ser preenchida preferencialmente em letra de forma e sem omissões.

Nome Completo				Sexo	() Masc. () Fem.
Usa óculos ou lente de contato: () sim () não Se sim, por qual motivo? E qual o grau?					
Nascimento		RG		CPF*	
Endereço				Bairro	
Cidade				CEP	
Convênio/Plano de Saúde				Nº.	
E - mail					
Altura		Peso		Tipo Sanguíneo	

**Em caso de participante menor de idade preencher com CPF do responsável.*

Alergias:	() Pó () Mofo () Picadas de insetos	Outras? Quais?	
Alergias a medicamentos	() Penicilina () Mercúrio () Iodo () AAS		
Outros? Quais?			
Como se manifesta a alergia	() Mancha Avermelhada / Arroxeadada na Pele () Dificuldade em Respirar () Coceira () Outras? Citar.		
Algum tipo de restrição alimentar? Cite.			
Impedimento Físico? Necessita de cuidados especiais? Descreva-os:			
Faz tratamento médico? Que tipo?			
Está sob tratamento Ginecológico ou Obstétrico?			
Está ou esteve grávida nos últimos seis meses?			
Toma algum remédio regularmente? Qual o medicamento?	*não se esqueça de trazer e anotar posologia na caixa e no verso desta		
Possui algum tipo de problema ortopédico? Isto pode prejudicar o seu desempenho?			
Fobias? Quais?			
Vacina antitetânica: () em dia () vencida	Já tomou vacina para: () Febre Amarela		

	<input type="checkbox"/> Meningite <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Outras? Quais?
--	---

Indique doenças que teve, problemas a que está sujeito e outras:	
<input type="checkbox"/> Apendicite <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bacilo de Koch <input type="checkbox"/> Bronquite <input type="checkbox"/> Catapora <input type="checkbox"/> Caxumba <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Cólicas <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Desmaios <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dismenorréia <input type="checkbox"/> Dores de Cabeça <input type="checkbox"/> Erupção Cutânea <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Febre Reumática <input type="checkbox"/> Febre Tifóide <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hérnias <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Litíase urinária <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Rinite <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Sonambulismo <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Vertigens	
Possui algum problema cardíaco? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?	
Possui algum problema renal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?	
Sabe nadar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pratica esportes? Quais?
Nome, endereço e telefone do médico que deverá ser avisado em caso de incidentes: _____	

TERMO DE COMPROMISSO:

Declaro que todas informações citadas acima são verdadeiras, gozo de boa saúde e não possuo restrições médicas para praticas esportivas, assumindo qualquer responsabilidade sobre dados não relacionados.

Pirapozinho - SP, _____ de _____ 2017.

Responsável pela Atividade

Responsável pelo (a) Participante se for Menor
(Assinatura)

Participante da Atividade
(Assinatura)