

Ficha de Saúde



Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Grupo Sanguíneo ___ Vacina Antitetânica (/DTP) em: ___/___/___

Nome do Pai: _____ TIm _____

Nome da Mãe: _____ TIm _____

Assistência

Nº de Utente: _____ Nº Beneficiário: _____ Sistema de Saúde: _____

Outro Contacto de Emergência

Nome: _____ Parentesco _____ TIm _____

Nome: _____ Parentesco _____ TIm _____

Doenças

Asma? Não Sim Epilepsia? Não Sim Diabetes? Não Sim

Outro problema de saúde?

Alergias/Intolerâncias (alimentares/outras)

Medicamentos

Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____

Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____

Autorizo/Não autorizo que sejam tomadas providências para dar assistência médica na eventualidade de uma emergência, sem necessidade prévia de autorização. Entendo que serei notificado da forma mais rápida possível, se esta autorização for utilizada.

Autorizo/Não autorizo a administração de analgésicos.

Medicamento e Dosagem recomendada _____

Declaro que foi providenciada toda a informação médica relevante.

Declaro que procedi à entrega do Boletim de Vacinas

O Responsável p'lo Elemento/
O Elemento

_____/_____/20____

Revisto em ___/___/___

Revisto em ___/___/___

Revisto em ___/___/___