

Ficha de Saúde



Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Grupo Sanguíneo ___ Vacina Antitetânica 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: _____

Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____

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 a administração de analgésicos.

Medicamento e Dosagem recomendada _____

O Responsável p'lo Elemento/
O Elemento

_____/_____/20 _____

Revisto em ___/___/___ _____

Revisto em ___/___/___ _____

Revisto em ___/___/___ _____