

## FORMULÁRIO DE SAÚDE / ESTUDANTES

Prezado (a) estudante,

As informações prestadas serão utilizadas como referência em eventual necessidade de atendimento pelos seguintes profissionais: médicos, auxiliares de enfermagem, psicólogos e outros profissionais da saúde.

Em caso de **emergência** a UFV está autorizada a tomar providências? ( ) Não ( ) Sim

**Contatos de emergência** (além dos pais/responsável se houver):

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

### 2-INFORMAÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Possui Plano de Saúde? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

É alérgico(a)? ( ) Não ( ) Sim. Cite as alergias: \_\_\_\_\_

Tem alergia a algum tipo de medicamento? ( ) Não ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação controlado ou não? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

Possui alguma doença crônica ou deficiência? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

Está com o Cartão de Vacina atualizado? ( ) Não. **Atualizar** ( ) Sim. **Anexar xerox**

Qual é o seu tipo sanguíneo? ( ) O ( ) A ( ) B ( ) AB Fator: Positivo +( ) Negativo -( )

Há histórico de doença na família? ( ) Não ( ) Sim. ( ) Epilepsia, ( ) Doenças Respiratórias, ( ) Doenças Cardiovasculares, ( ) Diabetes, ( ) Hipoglicemia, ( ) Hipertensão, ( ) Câncer, ( ) Alzheimer, ( ) Outras.

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Tem contraindicação para prática de atividades físicas? ( ) Não ( ) Sim.

Qual(is) \_\_\_\_\_ Laudo médico? ( ) Não ( ) Sim. Anexar xerox

Faz tratamento Odontológico? ( ) Não ( ) Sim

Qual a última vez que foi ao dentista? \_\_\_\_\_

Motivo? \_\_\_\_\_

Já teve algum tipo de complicação durante tratamento odontológico? ( ) Não ( ) Sim.

Qual(is) \_\_\_\_\_

Já tomou anestesia? ( ) Não ( ) Sim Teve alguma reação alérgica? ( ) Não ( ) Sim

Já fez tratamento Psicológico? ( ) Não ( ) Sim. Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

Continua em tratamento? ( ) Não ( ) Sim

Já fez tratamento Psiquiátrico? ( ) Não ( ) Sim. Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

