

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? _____

Continua em tratamento? ()Não ()Sim.

Você necessita de algum tipo de tratamento ou condição especial? ()Não ()Sim. Qual(is)?

Vocês já conversaram com seu filho(a) sobre uso de álcool ou outras drogas? ()Não ()Sim

Informações relevantes que deseja acrescentar:

Florestal, _____ de _____ de 20____.

Estudante

Pai/mãe/responsável