



Formulário de Saúde Pessoal - 2016

MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: _____

Sexo: _____ Nascimento: _____ RG/CN: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____ Olhos: _____ Cabelos: _____

MEUS DADOS DE RESIDÊNCIA E MEUS TELEFONES

Logradouro: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____ Fone Res: _____ Fone Cel: _____

FILIAÇÃO - QUEM SÃO MEUS PAIS?

Nome da Mãe: _____ Fone: _____

Nome do Pai: _____ Fone: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (SE MENOR DE 21 ANOS)

Parentesco: _____ Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ Fones: _____

SE EMERGÊNCIA, FALAR COM () PAI, () MÃE OU OUTRA PESSOA:

Parentesco: _____ Nome: _____ Telefones: _____

MEU HISTÓRICO GERAL DE SAÚDE

Tomou Vacina Antitetânica? Não() Sim(), a quanto tempo? _____

Usa algum remédio controlado? Não() Sim()

Se sim, apresentar cópia do receituário médico.

Tem algum tipo de Alergia?

Medicamento Não() Sim(), qual? _____

Outras Não() Sim(), qual(is)? _____

Como se manifesta?

Dificuldade para Respirar Não() Sim()

Manchas na Pele Não() Sim()

Outros Não() Sim(), qual(is)? _____

Tem alguma restrição Alimentar?

Não() Sim(), qual? _____

Tem alguma restrição Física?

Não() Sim(), qual? _____

Pratica esportes? Não() Sim()

Usa óculos? Não() Sim()

Usa prótese? Não() Sim()

Já sofreu cirurgia? Não() Sim()

Já sofreu acidentes? Não() Sim()

Já sofreu fratura? Não() Sim()

Já tentou suicídio? Não() Sim()

Faz tratamento psicológico? Não() Sim()

Enfermidades Prévias:

Amigdalite Não() Sim()

Anemia Não() Sim()

Asma Não() Sim()

Bronquite Não() Sim()

Cardiopatia Não() Sim()

Catapora Não() Sim()

Caxumba Não() Sim()

Cegueira Súbita Não() Sim()

Colesterol Não() Sim()

Conjuntivite Não() Sim()

Convulsão Não() Sim()

Coqueluche Não() Sim()

Depressão Não() Sim()

Desmaio Não() Sim()

Diabete Não() Sim()

Epistaxe Não() Sim()

Febre Reumática Não() Sim()

Gastrite Não() Sim()

Hemorragia Não() Sim()

Hepatite Não() Sim()

Infecção Intestinal Não() Sim()

Medo / Fobia Não() Sim()

Nefrites Não() Sim()

Otite Não() Sim()

Pneumonia Não() Sim()

Rinite Não() Sim()

Rubéola Não() Sim()

Sarampo Não() Sim()

Sinusite Não() Sim()

Sopro Cardíaco Não() Sim()

Tuberculose Não() Sim()

CONVÊNIO MÉDICO

Qual: _____

Número: _____

Telefone: _____

CARTEIRINHA DO SUS

Nº: _____

DOENÇAS FAMILIARES

OBSERVAÇÕES GERAIS

Estando eu ciente das informações acima citadas, abdo responsabilizar em qualquer instância judicial, o **CLUBE PIONEIROS** em todos os níveis, seus responsáveis, bem como a **IGREJA ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA** como instituição ou seus representantes, assumindo todo e qualquer erro por mim no preenchimento das declarações acima.



Assinatura do Responsável

Assinatura do Diretor

Clube de Desbravadores Pioneiros – IASD Capão Redondo – 6ª Região – APS – UCB – DAS

