



Formulário de Saúde Pessoal - 2017

MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: _____
Sexo: _____ Nascimento: _____ RG/CN: _____ CPF: _____
Estatura: _____ Peso: _____ Tipo Sanguíneo/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: _____

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 Física?

Não() Sim(), qual? _____

Tem alguma restrição Alimentar?

Não() Sim(), qual(is)? _____

Vegetariano? Não() Sim()

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, abduco 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

