



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

### AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL



#### DADOS DO PACIENTE

**Nome:** Nuno Filipe Correia

**Data:** 03/10/2025

#### 1. MOTIVOS DA CONSULTA

Consulta de saúde integrativa. Paciente: Nuno Filipe Correia

#### 2. HISTÓRIA CLÍNICA PASSADA

**\*\*DOENÇAS CRÓNICAS:\*\***

Diabetes: Sim, Hipertensão: Não, Cardiopatias: Não

**\*\*CIRURGIAS:\*\*** 0 registada(s)

**\*\*HOSPITALIZAÇÕES:\*\*** 0 registada(s)

#### 3. MEDICAÇÃO/SUPLEMENTAÇÃO ATUAL

Sem medicação registada



#### 4. ALERGIAS E REAÇÕES ADVERSAS

**\*\*ALERGIAS MEDICAMENTOSAS:\*\***

- Severidade: Leve - Reação:

#### 5. ESTILO DE VIDA

**\*\*ESTILO DE VIDA:\*\***

- Sono: 8 horas/noite (Boa)
- Suplementos: Não especificado
- Medicamentos Naturais: Não especificado

## 6. HISTÓRIA FAMILIAR

**\*\*HISTÓRIA FAMILIAR:\*\***

: (Idade diagnóstico: , Status: Vivo)

### OBSERVAÇÕES CLÍNICAS DO TERAPEUTA

Declaração de saúde preenchida e assinada digitalmente pelo paciente. Todos os dados foram fornecidos de forma voluntária e consciente.

## DECLARAÇÃO

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e completas. Estou ciente de que a omissão ou falsidade destas informações pode comprometer o diagnóstico e tratamento.

✓ Autorizo o uso destas informações para fins clínicos e de acompanhamento médico.

✓ Comprometo-me a informar qualquer alteração relevante no meu estado de saúde.



*Assinatura do Paciente*  
Nuno Filipe Correia



*Profissional Responsável*  
Nuno Correia

✓ RGPD: Declaro que fui informado(a) sobre a utilização e tratamento dos meus dados pessoais, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD - Lei 58/2019). Autorizo o tratamento dos meus dados para fins clínicos e de acompanhamento médico.

⚠ Este documento tem validade legal e deve ser guardado em local seguro. Em caso de dúvidas ou necessidade de atualização, contacte a clínica.