



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

### AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL



#### DADOS DO PACIENTE

**Nome:** Carlos António Pereira

**Data:** 01/10/2025

#### 1. MOTIVOS DA CONSULTA

Consulta registada pelo utilizador

#### 2. HISTÓRIA CLÍNICA PASSADA

Ver formulário completo no sistema

#### 3. MEDICAÇÃO/SUPLEMENTAÇÃO ATUAL

Ver formulário completo no sistema



#### 4. ALERGIAS E REAÇÕES ADVERSAS

Ver formulário completo no sistema

#### 5. ESTILO DE VIDA

Ver formulário completo no sistema

#### 6. HISTÓRIA FAMILIAR

Ver formulário completo no sistema



## OBSERVAÇÕES CLÍNICAS DO TERAPEUTA

Declaração assinada digitalmente

### 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*  
Carlos António Pereira

---

*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.