



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: Não, Hipertensão: Sim, Cardiopatias: Sim

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

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

3. MEDICAÇÃO/SUPLEMENTAÇÃO ATUAL

Sem medicação registada



4. ALERGIAS E REAÇÕES ADVERSAS

Sem alergias registadas

5. ESTILO DE VIDA

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

• Sono: 8 horas/noite (Boa)

- Suplementos: xzzzzzzzzzz
- Medicamentos Naturais: xzccccccccccc

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.