Data: 03/10/2025



Sistema de Gestão Médica Integrativa

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: Maria Fernanda Costa Data: 03/10/2025

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

Gerado em: 03/10/2025 19:33 | Nuno Correia - Terapias Naturais





Sistema de Gestão Médica Integrativa



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 Maria Fernanda Costa



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.

Gerado em: 03/10/2025 19:33 | Nuno Correia - Terapias Naturais