

Doenças Metabólicas

Diabetes: _____

Problemas da tireóide: _____

Doenças Cardiovasculares

Hipertensão arterial: _____

Doenças do coração: _____

Alergias e Intolerâncias

Alergias a medicamentos: _____

Alergias alimentares: _____

Medicação Atual

Toma medicação atualmente: _____

Histórico Familiar

Histórico familiar de diabetes: _____

Histórico familiar de doenças cardíacas: _____

Declaração

DECLARO que as informações prestadas são verdadeiras e completas, e assumo total responsabilidade pelas mesmas. Compreendo que a ocultação de informações relevantes pode prejudicar o meu tratamento.

AUTORIZO o profissional de saúde a utilizar as informações aqui fornecidas para fins terapêuticos e de acompanhamento.

Data: _____

Local: _____

Assinatura do Paciente: _____

Clique para assinar

Assinatura do Terapeuta: _____

Clique para assinar