



# DECLARAÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE

Data:  
19/08/2025

*Naturopatia e Medicina Natural*

 <b>Nome do Paciente:</b> Adélia Maria Farinha Fatela Pestana Bastos	 <b>Data de Nascimento:</b> 23/03/1953	 <b>Data da Declaração:</b> 19/08/2025
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## DECLARAÇÃO COMPLETA DE ESTADO DE SAÚDE

*Esta declaração inclui todas as perguntas do formulário e as respostas fornecidas pelo paciente.*

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE

Consultório de Naturopatia e Medicina Natural

 **Nome:** Adélia Maria Farinha Fatela Pestana Bastos

 **Data de Nascimento:** 23/03/1953

 **Data da Declaração:** 19/08/2025

 **Consultório:** BioDesk Natural Health

## Histórico de Saúde Natural

Já consultou algum naturopata ou terapeuta natural anteriormente?

☐ sim Sim

☐ nao Não

Terapias naturais já experimentadas:

☐ NÃO Fitoterapia (plantas medicinais)

☐ NÃO Homeopatia

☐ NÃO Acupuntura

☐ NÃO Quiroprática

☐ NÃO Osteopatia

☐ NÃO Reflexologia

☐ NÃO Aromaterapia

☐ NÃO Reiki/Terapias energéticas

☐ NÃO Massoterapia

☐ NÃO Yoga/Meditação

Suplementos naturais/Fitoterápicos em uso:

## Condições de Saúde Existentes

Tem ou já teve alguma das seguintes condições?

☐ NÃO Diabetes

☐ NÃO Hipertensão

☐ NÃO Problemas Cardíacos

☐ NÃO Problemas Digestivos

☐ NÃO Problemas Respiratórios

☐ NÃO Doenças Autoimunes

☐ NÃO Problemas da Tireoide

☐ NÃO Desequilíbrios Hormonais

☐ NÃO Problemas Articulares

☐ NÃO Problemas de Pele

☐ NÃO Ansiedade/Depressão

☐ NÃO Problemas de Sono

☐ nenhuma Não tenho nenhuma dessas condições de saúde

Outras condições não mencionadas:

## **Alergias e Sensibilidades**

Tem alergias ou sensibilidades conhecidas?

☐ sim Sim

☐ nao Não

☐ desconhece Desconheço

Tipos de alergias/sensibilidades:

☐ NÃO Plantas Medicinais

☐ NÃO Óleos Essenciais

☐ NÃO Alimentos

☐ NÃO Medicamentos

☐ NÃO Látex

☐ NÃO Metais

☐ NÃO Produtos Químicos

☐ NÃO Ambientais (pólen, ácaros)

Especifique as alergias e reações:

## **Medicação Convencional**

Medicação atual prescrita por médico:

Toma anticoagulantes ou medicação para o coração?

☐ sim Sim

☐ nao Não

Se sim, quais?

## **Hábitos Alimentares e Estilo de Vida**

Tipo de alimentação que segue:

☐ NÃO Omnívora

☐ NÃO Vegetariana

☐ NÃO Vegana

☐ NÃO Sem Glúten

☐ NÃO Sem Lactose

☐ NÃO Cetogénica

☐ NÃO Mediterrânica

☐ NÃO Macrobiótica

Restrições ou preferências alimentares específicas:

Consome álcool?

☐ nao Não

☐ ocasional Ocasionalmente

☐ regular Regularmente

Fuma ou já fumou?

☐ nao Nunca fumei

☐ ex-fumador Ex-fumador

☐ sim Sim

Pratica exercício físico regularmente?

☐ nao Não

☐ pouco 1-2x/semana

☐ moderado 3-4x/semana

☐ intenso 5+x/semana



## Bem-estar Mental e Emocional

Níveis de stress no dia-a-dia:

☐ baixo Baixo

☐ moderado Moderado

☐ alto Alto

☐ muito-alto Muito Alto

Qualidade do sono:

☐ excelente Excelente

☐ bom Bom

☐ regular Regular

☐ mau Mau

Principais objetivos com a terapia natural:



## Informações Específicas para Mulheres

Está grávida ou a amamentar?

☐ sim Grávida

☐ amamentar A amamentar

☐ nao Não

☐ na N/A

Se grávida, número de semanas de gestação:

Tem problemas menstruais ou hormonais?

☐ NÃO Menstruação irregular

☐ NÃO Dores menstruais intensas

☐ NÃO Menopausa/Pré-menopausa

☐ NÃO SOP (Síndrome Ovário Poliquístico)

☐ nao Não tenho problemas hormonais



## Cirurgias e Procedimentos Médicos

Já foi submetido(a) a cirurgias?

☐ nao ✗ Não

☐ sim ✓ Sim

Se SIM, quando e a quê?

Tem próteses, implantes ou dispositivos médicos?

☐ nao ✗ Não

☐ sim ✓ Sim

Se SIM, especificar tipo e localização:

## Fraturas ou traumatismos importantes?

☐ não ☒ Não

☐ sim ☒ Sim

Se SIM, especificar osso/local e ano:

## Informações Adicionais

Principal motivo da consulta:

Expectativas e objetivos com o tratamento natural:

Outras informações que considera relevantes:

## DECLARAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TERAPIAS NATURAIS

### DECLARO QUE:

- Todas as informações prestadas neste questionário são verdadeiras e completas;
- Não omiti qualquer informação relevante sobre o meu estado de saúde;
- Compreendo que a naturopatia é uma terapia complementar e não substitui o acompanhamento médico quando necessário;
- Estou ciente de que as terapias naturais podem ter efeitos de desintoxicação e/ou ajustamento inicial;
- É da minha responsabilidade informar imediatamente sobre qualquer alteração no meu estado de saúde;
- Mantenho o acompanhamento médico regular quando indicado pelo meu médico assistente;
- Autorizo o naturopata a contactar o meu médico assistente caso seja necessário;
- Fui informado(a) sobre as limitações e benefícios das terapias naturais;

- Consinto que os meus dados pessoais sejam tratados exclusivamente para fins terapêuticos, em conformidade com o RGPD.

## COMPROMETO-ME A:

- Seguir todas as recomendações e protocolo natural prescrito;
- Comunicar imediatamente qualquer reação ou alteração durante o tratamento;
- Comparecer às consultas de seguimento conforme recomendado;
- Informar sobre qualquer mudança na minha medicação, suplementação ou estado de saúde;
- Manter um estilo de vida saudável como parte integrante do tratamento;
- Ser paciente com o processo natural de cura, que pode levar tempo.

## TOMEI CONHECIMENTO

☐ **NÃO Confirmo que li, compreendi e aceito todas as condições descritas nesta Declaração de Estado de Saúde.**

- Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e completas
- Compreendo as limitações e benefícios das terapias naturais
- Aceito a responsabilidade de seguir as recomendações terapêuticas
- Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para fins terapêuticos (RGPD)

 *Esta declaração só será válida após a confirmação acima e as respetivas assinaturas*

## Assinaturas

**Assinatura do Paciente**


Data: 19/08/2025

**Assinatura do Naturopata**

Data: 19/08/2025



## Respostas do Formulário

 Declaração baseada no formulário interativo - dados específicos conforme preenchimento do paciente.


### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

O paciente declara ter fornecido informações verdadeiras e completas sobre o seu estado de saúde, compreende as limitações e benefícios das terapias naturais, e consente no tratamento naturopático proposto. Esta declaração foi preenchida de forma consciente e voluntária.

- ☒ Todas as informações prestadas são verdadeiras e completas
- ☒ Compreendo que a naturopatia é complementar ao acompanhamento médico
- ☒ Autorizo o tratamento dos dados pessoais conforme RGPD
- ☒ Comprometo-me a seguir as recomendações terapêuticas
- ☒ Comunicarei qualquer alteração no meu estado de saúde

### ASSINATURAS


#### Assinatura do Paciente



**Adélia Maria Farinha Fatela**

**Pestana Bastos**

#### Assinatura do Naturopata



**Nuno Correia**

19 de agosto de 2025

19 de agosto de 2025

*Assinado digitalmente*

*Naturopata Certificado*

 BIODESK - Sistema de Gestão Naturopata | Documento gerado em 19/08/2025

 [www.nunocorreia.pt](http://www.nunocorreia.pt) |  [info@nunocorreia.pt](mailto:info@nunocorreia.pt)