






# DECLARAÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE

Data:  
19/08/2025

*Naturopatia e Medicina Natural*

 <b>Nome do Paciente:</b> Teste	 <b>Data de Nascimento:</b> 01/01/1920	 <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:** Teste

 **Data de Nascimento:** 01/01/1920

 **Data da Declaração:** 19/08/2025

 **Consultório:** BioDesk Natural Health

### Histórico de Saúde Natural

Já consultou algum naturopata ou terapeuta natural anteriormente?

☐ Sim

☐ Não

Terapias naturais já experimentadas:

☐ Fitoterapia (plantas medicinais)

☐ Homeopatia

☐ Acupuntura

☐ Quiroprática

☐ Osteopatia

☐ Reflexologia

☐ Aromaterapia

☐ Reiki/Terapias energéticas

☐ Massoterapia

☐ Yoga/Meditação

Suplementos naturais/Fitoterápicos em uso:

## **Condições de Saúde Existentes**

Tem ou já teve alguma das seguintes condições?

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Problemas Cardíacos

☐ Problemas Digestivos

☐ Problemas Respiratórios

☐ Doenças Autoimunes

☐ Problemas da Tireoide

☐ Desequilíbrios Hormonais

☐ Problemas Articulares

☐ Problemas de Pele

☐ Ansiedade/Depressão

☐ Problemas de Sono

☐ Não tenho nenhuma dessas condições de saúde

Outras condições não mencionadas:

## **Alergias e Sensibilidades**

Tem alergias ou sensibilidades conhecidas?

☐ Sim

☐ Não

☐ Desconheço

Tipos de alergias/sensibilidades:

☐ Plantas Medicinais

☐ Óleos Essenciais

☐ Alimentos

☐ Medicamentos

☐ Látex

☐ Metais

☐ Produtos Químicos

☐ Ambientais (pólen, ácaros)

Especifique as alergias e reações:

sdfsfsfsfsdfsdfsdfsfsf

## **Medicação Convencional**

Medicação atual prescrita por médico:

Toma anticoagulantes ou medicação para o coração?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, quais?

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

Tipo de alimentação que segue:

☐ Omnívora

☐ Vegetariana

☐ Vegana

☐ Sem Glúten

☐ Sem Lactose

☐ Cetogénica

☐ Mediterrânica

☐ Macrobiótica

Restrições ou preferências alimentares específicas:

Consome álcool?

☐ Não

☐ Ocasionalmente

☐ Regularmente

Fuma ou já fumou?

☐ Nunca fumei

☐ Ex-fumador

☐ Sim

Pratica exercício físico regularmente?

☐ Não

☐ 1-2x/semana

☐ 3-4x/semana

☐ 5+x/semana



## Bem-estar Mental e Emocional

Níveis de stress no dia-a-dia:

☐ Baixo

☐ Moderado

☐ Alto

☐ Muito Alto

Qualidade do sono:

☐ Excelente

☐ Bom

☐ Regular

☐ Mau

Principais objetivos com a terapia natural:



## Informações Específicas para Mulheres

Está grávida ou a amamentar?

☐ Grávida

☐ A amamentar

☐ Não

☐ N/A

Se grávida, número de semanas de gestação:

Tem problemas menstruais ou hormonais?

☐

Menstruação irregular

☐

Dores menstruais intensas

☐

Menopausa/Pré-menopausa

☐

SOP (Síndrome Ovário Poliquístico)

☐ Não tenho problemas hormonais

## **Cirurgias e Procedimentos Médicos**

**Já foi submetido(a) a cirurgias?**

☐ ☒ Não

☐ ☒ Sim

**Se SIM, quando e a quê?**

**Tem próteses, implantes ou dispositivos médicos?**

☐ ☒ Não

☐ ☒ Sim

**Se SIM, especificar tipo e localização:**

**Fraturas ou traumatismos importantes?**

☐ ☒ Não

☐ ☒ 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:

## 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**



☐ 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 respectivas assinaturas

## Assinaturas

### Assinatura do Paciente

Data: 19/08/2025

### Assinatura do Naturopata

Data: 19/08/2025

## Respostas do Formulário

## Informações Adicionais

### Detalhes das Alergias:

sdfsfsfsfsdfsdfsdfsfsf

## 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



**Teste**

19 de agosto de 2025

*Assinado digitalmente*



### Assinatura do Naturopata



**Nuno Correia**

19 de agosto de 2025

*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)