Prontuário do Paciente

|  |
| --- |
| Paciente |
| Nome: |
| Idade: Data de nascimento: |
| Nacionalidade: Brasileiro |
| Acamado: Sim ( ) Não ( ) Peso: |
| RG: CPF: |
| Profissão: |
|  |

|  |
| --- |
| Responsável Legal |
| Nome: |
| Endereço: |
| Profissão: |
| Telefone Residencial: Celular: |
| Email: |
| Data de Nascimento: |
| CPF: RG: |

|  |
| --- |
| Ficha Médica |
| Possui Plano de Saúde: Sim ( ) Não ( ) |
|  |
| Qual Plano: |
|  |
| Atendimento do Plano: ( ) Regional ( ) Nacional ( ) Internacional |
|  |
| Telefone Contato: |

|  |
| --- |
| Doenças |
| Alergia: Sim ( ) Não ( ) Quais: |
|  |
| Dificuldade Respiratória: Sim ( ) Não ( ) |
|  |
| Outros: |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Medicação |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicação |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |
| Medicamento: Horário: |

|  |
| --- |
| Alimentação |
| Algum alimento que não deva consumir: Sim ( ) Não ( ) Qual: |
|  |
| Anorexia ou Bulimia: Sim ( ) Não ( ) Qual: |
|  |
| Informações Importantes Adicionais |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |