

## Aspectos de Saúde

Consumo de álcool

☐ Sim ☐ Não

← bebe cerveja / vodka

Com que frequência

← quantas vezes por dia / semana

Tabagismo

☐ Não fuma ☐ Ex-fumante ☐ Sim

← utiliza cigarro

Quantidade e frequência

← quantos por dia / semana

Possui alguma deficiência

☐ Não ☐ Sim

← algum problema físico / mental

Qual

← se sim, descrever qual

Problema de saúde

☐ Não ☐ Sim

← algum problema no corpo

Quais

← se sim, descrever qual

Consumo de medicação de uso contínuo

☐ Não ☐ Sim

← utiliza algum remédio

Qual

← se sim, descrever qual