

**Dados Pessoais**

Nome completo

Nome Social ou conhecido

Data de Nascimento

Sexo

Nome da mãe

Nome do Pai

Estado Civil

Local do nascimento

Filhos

Quantos

Documentos Pessoais RG / RNE

CPF

Cartão Cidadão Municipio de Jaguariúna

Cartão SUS ou \_\_\_\_\_.

Mantem contato com a família? ( ) Sim ( ) Não      tipo contato ou emergência

Parentesco

Parentesco

Solicitação do Acolhido:

( ) Alimentação, ( ) Banho, ( ) Kit higiene, ( ) Abrigo ou pernoite,

( ) Passagem, ( ) encaminhamento a Rede, ( ) outro especificar

FAZ USO DE SPA (SUBSTÂNCIA PSICOATIVA)

( ) AL; ( ) NI; ( ) CC; ( ) CK; ( ) MA; ( ) OX  
AL= Álcool NI= Nicotina CC= Cocaína CK= Crak MA= Maconha OX = Ox

Acompanhamento Psiquiátrico? ( ) Sim ( ) Não

Onde \_\_\_\_\_ no Dr(a) \_\_\_\_\_

Apresenta alguma comorbidade? ( ) Sim ( ) Não.

( ) Diabetes, ( ) Pressão Alta, ( ) Depressão, ( ) Síndrome do Pânico,  
( ) outros (discriminar) \_\_\_\_\_.

Frequenta CAPS ? ( ) Sim ( ) Não, em Jaguariúna ( ) outra cidade ( ) \_\_\_\_\_

Frequenta CREAS ? ( ) Sim ( ) Não, em Jaguariúna ( ) outra cidade ( ) \_\_\_\_\_

Inserido em algum programa social ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_  
( ) Não.

Qual Espaço de saúde frequenta quando necessário? \_\_\_\_\_

Recebe algum Benefício? ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_  
( ) Não.

O que faz durante o dia?

Observação corpo técnico