



Palavra da Vida

Centro-Oeste

Ficha de Saúde

(esta ficha deverá ser preenchida pelo candidato)

Dados Pessoais

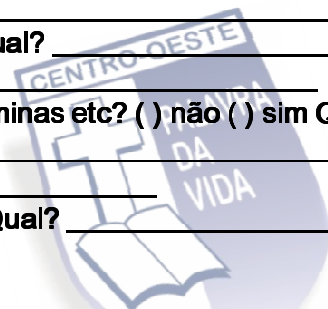
1. Nome _____ Altura _____ Peso _____
2. Data de nascimento ____/____/____ Idade _____
3. Tipo sanguíneo _____ Rh _____ Doador _____ RG _____
- CPF _____

Contatos de Emergência

1. Nome _____
- Telefones: Resid. _____ Comerc. _____ Cel _____
2. Nome _____
- Telefones: Resid. _____ Comerc. _____ Cel _____

Informações Gerais

1. Tem alergia a algum medicamento? () não () sim Qual? _____
2. Tem outras alergias? () não () sim Qual? _____
3. Toma vacina/remédio e outros? () não () sim Qual? _____
4. Vacinas em dia: () não () sim Qual? _____
- Tétano () não () sim
- Rubéola () não () sim
- Sarampo () não () sim
- Outras: _____
5. Tem limitação de saúde/ física? () não () sim Qual? _____
6. Toma remédio diariamente, semanalmente, vitaminas etc? () não () sim Qual? _____
7. Faz esforço físico regularmente? () não () sim Qual? _____



Assinale abaixo o que se aplica a você:

1. artrite não sim
2. Câncer não sim
3. cardiológicos:
- angina não sim
- arritmia não sim
- sopro não sim
- outro não sim
4. Catapora não sim
5. caxumba não sim
6. Convulsões não sim
7. diabetes não sim
8. estômago:
- gastrite não sim
- úlcera não sim
- outro não sim
9. hepatite "a" não sim
10. hepatite "b" não sim
11. hepatite "c" não sim
12. hipoglicemia não sim
13. otite média não sim
14. pedra nos rins não sim
15. pressão sanguínea:
- alta não sim
- baixa não sim
16. respiratórios:
- asma não sim
- bronquite não sim
- Pneumonia não sim
- Tuberculose não sim
- outro não sim
17. rinite não sim
18. rubéola não sim
19. sarampo não sim
20. sinusite não sim
21. urológicos não sim
22. infecções crônicas não sim
23. outro _____

Já usou drogas ? não sim

Já fez cirurgia(s) (inclusive cesariana) (nome e data)? não sim

OBSERVAÇÕES

1. Caso tenha alguma limitação, traga um laudo médico por escrito.
2. Não temos farmácia e não temos pessoas habilitadas para receitar remédio

