



CADASTRO DO ALUNO – SAÚDE

Nome: _____ Idade: _____

Email: _____

1. Trabalhando: Não () Sim (); Empresa que Trabalha : _____

2. Aposentado: Não () Sim (); Que Atividade Realizava: _____

3. Em afastamento para tratamento de Saúde: Não () Sim (); Doença e/ou acidente que motivou o afastamento: _____

4. Desempregado Não () Sim () A quanto tempo: _____ anos e _____ meses .

6. Casado (a): Sim (); Não (); Filhos: Não () sim () Quantos []

7. Histórico Progresso de Saúde

8. Sexo: Masculino () Feminino ()

Está grávida? () Não () Sim. Já sofreu aborto espontâneo? Não () Sim (); Há quanto tempo? Mais de 6 meses () Menos de seis meses (). Está amamentando? Sim () Não ().

9. Fuma: Sim () Não (); Consome bebida alcoólica regularmente? Sim () Não ()

10. Pratica algum esporte regularmente? Não () Sim (). Qual? _____

11. Usa ou já usou drogas ilícitas? Não () Sim (). Qual: _____

12. Já passou por intervenção cirúrgica ? Não () Sim () Qual: _____

13. Faz uso prolongado de alguma medicação: Não () Sim ()

14. Qual ou quais: _____

15. Necessita de correção visual ? Não () Sim (), Quanto tempo _____ anos

16. Sofre de alguma alergia? Não () Sim (); Do que _____

17. Sofre de alergia a algum medicamento? Não () Sim (); Qual _____

18. Tipo Sanguíneo _____ fator _____. Não sabe informar ()

19. Possui algum tipo de prótese? Não () Sim (); Qual: _____

Há quanto tempo usa _____

20. Já sofreu acidente de trabalho, de esporte ou transito que resultou em trauma? Não ()

Sim (), Qual: transito () trabalho (), outros () _____

21. Que resultou em trauma de ; de tronco () membros inferiores (), perna () membros superiores (), braços () de crânio ()

22. Sofre de alguma doença? Não () Sim (); Qual: _____

23. Possui impedimento de realizar atividade física moderada: Não () Sim ()

24. Possui atestado médico que comprova tal impossibilidade Não () Sim ()

25. Em Emergência Entrar em Contato com

Nome: _____

Telefone: _____

26. Data de emissão ____ / ____ / ____.

ASSINATURA DO ALUNO

27. Por ser verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Assinatura _____

Medico

Anamnese: Ausência de queixas: não () sim (); Quais _____

Apto () sim () não

Nome, assinatura e CRM.
Autenticar assinatura em cartório