



FICHA DE SAÚDE

I - Identificação do Aluno

Nome: _____
Turma: _____
Curso: _____ Modalidade: _____
Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: ()M ()F Peso: ____ Altura: ____ G. Sanguíneo: _____
Nome do Pai: _____ Telefone: () ____ - ____ Celular: () ____ - ____
Nome da Mãe: _____ Telefone: () ____ - ____ Celular: () ____ - ____
Responsável: _____ Parentesco: _____ Telefone: () ____ - ____
Possui plano de saúde: () Sim () Não Qual: _____ Telefone: () ____ - ____

II - Dados do Calendário Vacinal

() Atualizado () Atrasado () Sem Informação

III - Dados sobre o acadêmico/aluno

Sente com frequência náuseas, diarreia, obstipação intestinal? () Sim ; () Não Qual: _____
Sente com frequência dor de cabeça, dor de ouvido, cólica? () Sim ; () Não Qual: _____
Já contraiu algumas dessas doenças: () Catapora; () Meningite; () Hepatite; () Dengue; () Pneumonia; () Bronquite;
() Rinite; () Caxumba; () Sarampo; () Rubéola; () Difteria; () Outras: _____
Possui algum tipo de alergia? () Sim ; () Não Qual: _____
Tem ou teve bronquite, asma ou pressão alta/baixa? () Sim ; () Não Qual: _____
Tem alguma dificuldade: () Enxergar; () Falar; () Ouvir; () Movimentar os braços e pernas Qual: _____
Tem ou teve algum problema de coração? () Sim ; () Não Qual: _____
Faz acompanhamento desse problema cardiovascular? () Sim ; () Não Onde: _____
Toma alguma medicação controlada? () Sim ; () Não Qual: anexar cópia da receita
Tem alergia a algum medicamento? () Sim ; () Não Qual: _____
Tem alguma deficiência? () Sim ; () Não Qual: _____

Usa alguma prótese? () Sim ; () Não Qual: _____
Tem ou teve desmaios ou convulsões? () Sim ; () Não Quando: _____
Faz acompanhamento desse problema? () Sim ; () Não Onde: _____
Tem diabetes? () Sim ; () Não Faz tratamento ? () Sim ; () Não
Faz algum tratamento especializado? () Psicólogo; () Fonoaudiólogo; () Terapia Ocupacional; () Fisioterapia;
() Outros Observações: _____

IV - Em caso de Emergência informar: Pessoa: _____ Fone: _____
Pessoa: _____ Fone: _____
Pessoa: _____ Fone: _____

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Pós-graduando