

## HISTÓRIO DE SAÚDE

Este formulário deverá ser preenchido, no ato da matrícula, exclusivamente pelo responsável do(a) aluno(a): pai, mãe ou tutor.

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade (anos): \_\_\_\_\_ Altura (m): \_\_\_\_\_ Peso (Kg): \_\_\_\_\_  
Nº da Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade - Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_  
Nº de Matrícula: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Ocupação do Pai: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Ocupação da Mãe: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO DE SAÚDE:

Tem algum problema de saúde?.....  Sim  Não  
└ Quais? \_\_\_\_\_  
Já submeteu-se a alguma cirurgia?.....  Sim  Não  
└ Quais? \_\_\_\_\_  
Teve algum problema com cicatrização?.....  Sim  Não  
Está com vacinação em dia?.....  Sim  Não  
Tem alguma alergia?.....  Sim  Não  
└ Quais? \_\_\_\_\_  
Atualmente está em tratamento médico?.....  Sim  Não  
└ Quais? \_\_\_\_\_  
Atualmente faz uso de algum medicamento?.....  Sim  Não  
└ Quais? \_\_\_\_\_  
Tem alguma alergia a algum medicamento ou substância? .....  Sim  Não  
└ Quais? \_\_\_\_\_  
Tem algum problema psicológico?.....  Sim  Não  
└ Quais? \_\_\_\_\_  
Usa óculos, aparelho auditivo, prótese ou órtese?.....  Sim  Não  
└ Quais? \_\_\_\_\_  
Possui alguma necessidade específica?.....  Sim  Não  
└ Quais? \_\_\_\_\_

Está grávida?.....  Sim  Não  Não se aplica  
 Está amamentando? .....  Sim  Não Não se aplica  
 Você ingere bebida alcóolica? .....  Sim  Não

└ Qual a frequência? \_\_\_\_\_

Você faz uso de drogas ilícitas (crack, cocaína, maconha etc.)?  Sim  Não  
 Qual o seu tipo sanguíneo?.....  A  B  AB  O  Rh+  Rh-  
 Possui plano de saúde? .....  Sim  Não

└ Qual? \_\_\_\_\_

Possui plano odontológico? .....  Sim  Não

└ Qual? \_\_\_\_\_

Em caso de emergência, avisar: \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO DE SAÚDE:

Você já teve ou tem algumas das doenças abaixo:

Pneumonia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Problema Renal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Rinite Alérgica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Problema Hepático:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Asma:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Epilepsia (Convulsão):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Bronquite:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dengue:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Anemia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Doença do Coração:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dores de Estômago:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Reumatismo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diabetes:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Sarampo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Caxumba:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dor na Coluna:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Catapora:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Enxaqueca:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Rubéola:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hipertensão Arterial (Pressão Alta):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

### AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO:

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(paciente maior de 18 anos, pai, mãe ou responsável legal) (profissão)

portador de RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, domiciliado à \_\_\_\_\_

na cidade \_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_, AUTORIZO os profissionais de saúde do Instituto Federal Goiano - Campus Morrinhos, a realizar todos os procedimentos necessários para atendimento médico/odontológico/psicológico. Também AUTORIZO atendimento em caso de emergência/urgência e se necessário o devido deslocamento a uma unidade do Serviço Público de Saúde do município de Morrinhos-GO para o pronto atendimento do discente \_\_\_\_\_, sob minha responsabilidade.

(nome do(a) aluno(a))

DECLARO para os devidos fins que se façam necessários que as informações aqui relatadas são verdadeiras.

Morrinhos-GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura do Pai ou Responsável

Assinatura do(a) Aluno(a)