

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 alcoólica? 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: Sim Não

Rinite Alérgica: Sim Não

Asma: Sim Não

Bronquite: Sim Não

Anemia: Sim Não

Dores de Estômago: Sim Não

Diabetes: Sim Não

Caxumba: Sim Não

Catapora: Sim Não

Rubéola: Sim Não

Problema Renal: Sim Não

Problema Hepático: Sim Não

Epilepsia (Convulsão): Sim Não

Dengue: Sim Não

Doença do Coração: Sim Não

Reumatismo: Sim Não

Sarampo: Sim Não

Dor na Coluna: Sim Não

Enxaqueca: Sim Não

Hipertensão Arterial (Pressão Alta): Sim 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 2022.

Assinatura do Pai ou Responsável

Assinatura do(a) Aluno(a)