

ANEXO II

QUESTIONÁRIO SAÚDE

Curso: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone:() _____ Fax() _____ Celular:() _____

E-mail: _____

Data de nascimento: __/__/____ Sexo: ()F ()M Idade: _____

Telefones (contato/emergência) _____

RG. _____ Órgão emissor: _____ CPF: _____

Tipo sanguíneo: _____ Fator Rh: _____

Restrições alimentares: () Sim () Não Especificar: _____

Alergias diversas:

() Picadas de insetos - Especificar: _____

() Medicamentos - Especificar: _____

() Alimentos - Especificar: _____

() Outras Perturbações da saúde - Especificar: _____

() Artrite

() Artrose

() Osteoporose

() Hipertensão - qual remédio costuma tomar? _____

() Coração - Especificar: _____

() Diabetes- qual remédio costuma tomar? _____

() Náuseas em viagens- qual remédio costuma tomar? _____

() Epilepsia- qual remédio costuma tomar? _____

() Dificuldade de andar/locomover

() Dores na coluna- qual remédio costuma tomar? _____

() Fraturas/contusões - Especificar: _____

() Fobias: - Especificar: _____

() Problemas respiratórios - Especificar: _____

() Úlceras- qual remédio costuma tomar? _____

() Gastrite- qual remédio costuma tomar? _____

() Outras: _____

Possui plano de saúde? () Sim () Não - Especificar: _____

Toma remédio(s) controlado(s)? () Sim () Não - Especificar: _____

Fumante: () Sim () Não

Sabe nadar? () Sim () Não

Faz exercícios físicos? () Sempre () Raramente () Nunca

VACINAS: () Febre amarela () Hepatite "B" () Tétano

Observações pessoais: _____

Assinatura: _____