



GRANDE CONSELHO GUARDIÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO DAS FILHAS DE JÓ INTERNACIONAL



Formulário Pessoal De Saúde

Conselho Guardião do Bethel – uso emergencial e confidencial!
Inutilize os espaços em branco, preenchendo com um traço!

Se necessário, utilize o verso!
sempre mantenha as informações atualizadas!

Nome:

Data de Nascimento:

Altura: _____

Peso: _____

Tipo Sanguíneo: _____

Fator RH: _____

1. Utiliza os seguintes equipamentos de auxílio:

- óculos lentes de contato aparelhos dentários aparelhos de audição
 sondas marcapasso outros – cite quais: _____

2. Doenças já ocorridas ou em tratamento:

- asma bronquite catapora caxumba convulsões desmaios diabetes
 epilepsia hemofilia hemorragias hepatite rubéola sarampo sinusite

Doenças em tratamento: sim não

Quais: _____

Informações: _____

3. Medicamentos em uso (contínuo ou não):

Permite administrar medicamentos por profissionais que atuam no grupo? sim não

Informações: _____

4. Emergências Médicas

- aguardar acompanhamento dos pais ou responsáveis
 aceita decisões médicas

4.a. Avisar em emergências:

País Outro: _____ Telefone: _____

4.b. Convênio médico: _____ Nº da carteirinha: _____

4.c. Médico de preferência: _____ Telefone: _____

5. Informações Gerais:

5.a. Alergias picada de inseto. Cite: _____ medicamentos. Cite: _____
 plantas. Cite: _____ alimentos. Cite: _____
 Outros – Cite: _____

5.b. Possui impedimento físico? Sim Não Cite: _____

5.c. Restrições a alimentos? Sim Não Cite: _____

5.d. Problemas cardíacos? Sim Não Cite: _____

5.e. Sabe Nadar? Sim Não

5.f. É sonâmbulo? Sim Não

5.g. Deficiências? Física Visual Auditiva Intelectual



GRANDE CONSELHO GUARDIÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO DAS FILHAS DE JÓ INTERNACIONAL



6. Distúrbios Psicológicos (diagnosticados)

6.a. Apresenta algum distúrbio de comportamento? Ex: Conduta, hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.

() Não () Sim Cite: _____

6.b. Apresenta algum distúrbio de alimentar? Ex: anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

() Não () Sim Cite: _____

6.c. Apresenta algum distúrbio de ansiedade fóbica? Ex: distúrbio do pânico, agorafobia (lugares fechados ou abertos), fobia social, etc.

() Não () Sim Cite: _____

(Data)

(Nome do Pai ou Responsável)

(Assinatura do Pai ou Responsável)