

Formação Fé de Jovens e Jovens Adultos

Formulário Médico

Formulário e Histórico de Saúde

****** Por favor, anexe uma cópia das informações do cartão médico/seguro ******

Nome do participante: _____ Sexo: _____
Paróquia: _____
Município/ Cidade: _____ Estado _____
Data de Nascimento _____ Idade _____
País ou guardiões _____
Grau de relação com o participante _____
Endereço _____
Cidade _____ Estado _____ CEP _____
Telefone residencial _____
Telefone de trabalho _____
Celular _____
Médico Clínico Geral _____ Telefone _____

Imunizações: Ano de documentação da última imunização para as seguintes vacinas:

Tétano/Difteria _____	Sarampo _____
Caxumba _____	Catapora _____
Rubéola _____	Poliomielite _____

Informações Especiais : Por favor, marque todas as opções aplicáveis. As informações serão mantidas em sigilo.

Sonambulismo _____	Asma _____	Problemas renais _____
Desmaios _____	Sangramentos nasais frequentes _____	Resfriados frequentes _____
Tonturas _____	Convulsões _____	Dores de cabeça intensas _____
Desmaios _____	Diabetes _____	Saudades de casa _____
Dores de ouvido frequentes _____	Problemas cardíacos _____	Depressão _____
Outros _____	Por favor, explique. _____	

Reações alérgicas: Liste todas as alergias conhecidas: plantas, insetos, alimentos, medicamentos, etc. Indique também qual **tipo de reação** e **tratamento**: _____

Seu filho precisa de uma Epipen? Sim ___ Não ___ Se você respondeu “sim”, certifique-se de que seu filho tenha sempre consigo uma Epipen. Ele/Ela será responsável pela administração do tratamento.

Indique quaisquer outros **problemas/condições médicas**: _____

Alguma limitação física? Sim _____ Não _____ Se sim, por favor explique.

Alguma limitação ou reação emocional/psicológica da qual deveríamos estar cientes? Sim ____ Não ____
Se sim, por favor explique. _____

***Por favor saiba que acompanhantes adultos não estão autorizados
administrar medicamentos.***

Este participante está atualmente tomando algum medicamento? Sim _____ Não _____
Todos os medicamentos devem ser bem rotulados com instruções claras e concisas indicadas nas linhas
abaixo. O medicamento deve estar no frasco original da farmácia. Por favor, mantenha os medicamentos
em suas embalagens originais e rotuladas. Traga cópias de suas receitas e os nomes genéricos dos
medicamentos. Se um medicamento for incomum ou contiver narcóticos, leve consigo uma carta do seu
médico atestando a necessidade de tomar o medicamento.

Medicamento _____ Dosagem _____ Frequência _____
Medicamento _____ Dosagem _____ Frequência _____
Medicamento _____ Dosagem _____ Frequência _____

**Em caso de emergência, se não conseguirmos contactar os pais ou responsáveis, devemos contactar:
(Por favor, liste 2 [dois] contatos.)**

Nome _____ Nome _____
Relação _____ Relação _____
Número de telefone _____ Número de telefone _____

Nota para os pais ou responsável:

Permissão para tratamento médico *de rotina e de emergência*

Serão feitas todas as tentativas para notificá-lo caso seu filho(a) precise de tratamento médico. Não desejamos
oferecer nenhum tratamento médico ao seu filho(a) contra a sua vontade ou prática familiar. Por meio deste,
dou permissão para que meu filho receba tratamento médico de rotina. Em caso de emergência, dou
permissão para transportar meu filho ao hospital/centro de emergência mais próximo para tratamento
médico ou cirúrgico de emergência. Serei contactado o mais breve possível e serei avisado antes de qualquer
tratamento adicional pelo hospital ou médico.

Assinatura _____
Relacionamento _____ Data _____

Provedor de Seguro Familiar e Plano de Saúde _____

Número do plano de saúde (incluindo data de validade) _____