

Dados Pessoais

Nome (Name) _____

Nascimento(birth): _____

Sexo (gender)

() M

() F

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Responsável: _____

Endereço (address): _____

Telefones: _____

Contatos no Brasil (em caso de assistência - nome e telefone)

Informações importantes

Tipo Sanguíneo (group type)/ RH: _____

Doenças de Infância que já apresentou:

Catapora (chickenpox)	() Sim(Yes)	() Não(No)
Rubéola (rubella)	() Sim(Yes)	() Não(No)
Caxumba (parotitis)	() Sim(Yes)	() Não(No)
Coqueluxe (whooping cough)	() Sim(Yes)	() Não(No)
Escarlatina (scarlatin)	() Sim(Yes)	() Não(No)
Sarampo (measles)	() Sim(Yes)	() Não(No)
Outras. Quais? (others)	() Sim(Yes)	() Não(No)

Possui alergias? (allergy)

() Sim(Yes)

() Não(No)

Quais?

Utiliza medicações antialérgicas? (allergical medication?)

() Sim(Yes)

() Não(No)

Quais?

Possui alguma doença respiratória? (respiratory disease)

() Asma (asthma)

() Bronquite (bronchitis)

() Outras. Quais? (others)

Teve algum problema de saúde nos últimos 12 (doze) meses? (any problem in the last 12 months?)

Sim(Yes)

Não(No)

Quais?

Já ficou internado alguma vez? (ever been in hospital?)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, porque?

Já fez alguma cirurgia? (any kind of surgery?)

Sim(Yes)

Não(No)

Quais?

Tem algum problema renal? (renal disease)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, qual? Faz tratamento? Qual? Frequencia?

Tem diabetes? (Diabetis?)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, qual tipo? (type)

I

II

Faz uso de insulina? (insulin?)

Sim(Yes)

Não(No)

Qual marca e frequencia de uso? (brand and dosys)

Já foi vacinado contra Tétano? (Tetano immunisation?)

Sim(Yes)

Não(No)

Data da última
vacinação:

Faz uso de algum medicamento de uso contínuo? (any continuous medicine use?)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, quais com dosagens e posologia

Tem problemas cardíacos? (cardiac disease)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, quais? Faz tratamento?

Costuma ter infecções? (infections)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, quais?

Faz uso regular de antibióticos? (continuous use of antibiotic medicine)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, quais? (which?)

Possui alergia a antibióticos? (antibiotic allergy?)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, quais?

Possui alergias a analgésicos e/ou antiinflamatórios? (allergy of analgesics?)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, quais?

Já desmaiou ou teve convulsões? (passed out or convulsions?)

Sim(Yes)

Não(No)

Caso afirmativo, utiliza medicamentos anticonvulsivos? Quais? (medicines?)

Costuma ter sangramentos com facilidade? (bleeding?)

Sim(Yes)

Não(No)

Declaração

Declaro, sob penas de lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras, tendo ciência de que em caso de omissão ou inexactidão, estarei sujeito (a) à aplicação da legislação vigente (cível e criminal).

Nome

CPF

Local e data

Assinatura do Responsável