

Ficha de Saúde

Identificação

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Grupo Sanguíneo ____ Vacina Antitetânica em: ____/____/____
Nome do Pai: _____ Tlm _____
Nome da Mãe: _____ Tlm _____

Assistência

Nº de Utente: _____ Nº Beneficiário: _____ Sistema de Saúde: _____

Outro Contacto de Emergência

Nome: _____ Parentesco _____ Tlm _____
Nome: _____ Parentesco _____ Tlm _____

Doenças

Asma? Não Sim Epilepsia? Não Sim Diabetes? Não Sim
Outro problema de saúde?

Alergias/Intolerâncias (alimentares/outras)

Medicamentos

Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____

Autorizo que sejam tomadas providências para dar assistência médica na eventualidade de uma emergência, sem necessidade prévia de autorização. Entendo que serei notificado da forma mais rápida possível, se esta autorização for utilizada.

Autorizo a administração de analgésicos.

Medicamento e Dosagem recomendada _____

Declaro que foi providenciada toda a informação médica relevante.

**O Responsável p'lo Elemento/
O Elemento**

Todas as informações contidas nesta ficha são confidenciais e destinam-se exclusivamente a ser utilizadas, em caso de doença súbita ou acidente, podendo ser divulgadas aos técnicos responsáveis pela assistência ao seu titular.

____/____/20____