



CURSO

() Clássico

Ano _____

Foto 3 X 4

RELATÓRIO DE SAÚDE
Núcleo de Saúde Albert Sabin

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Série: _____

Responsável: _____ Fone: _____

Fone Res.: _____ Fone Com.: _____ Cel: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Tipo Sanguíneo: _____

Plano de saúde: _____ Nº Carteira: _____

Médico da Família: _____ Fone: _____

Posto de saúde: _____ Dentista: _____ Fone: _____

2. CONTATOS DE EMERGÊNCIA

Nome	Telefone	Cidade	Grau de Parentesco
1.		Joinville	
2.		Joinville	
3.		Joinville	

O objetivo das informações acima é dar suporte aos atendimentos. O funcionamento do Núcleo de Saúde Albert Sabin seguirá o regulamento interno. Este questionário é de caráter informativo, é sigiloso e tem o intuito de agilizar um eventual atendimento de emergência.

3. QUESTIONÁRIO

a) Apresenta alguma restrição visual que necessite o uso de óculos? () Sim () Não

b) Atendimento Fisioterápico:

Você já teve ou tem alguma lesão (machucado)? Preciso de atendimento fisioterápico?

Descreva:

c) Frequência ao Dentista:

() Nunca () 1 vez por ano () 2 vezes por ano () Está em tratamento

d) Atendimento Psicológico:

() Nunca foi atendido () Já foi atendido () Está em atendimento

Terapeuta: _____ Fone: _____

CURSO

() Clássico

Ano _____

RELATÓRIO DE SAÚDE
Núcleo de Saúde Albert Sabin

e) Hábitos:

Dorme bem à noite: () Sim () Não. Quantas horas por noite? _____

Apresenta algum tipo de alergia (medicamentos, alimentos, poeira...)? Especifique.

Faz uso constante de algum medicamento? Especifique: _____

f) Alergia e Intolerância Alimentar:

Possui alguma alergia ou intolerância alimentar? (Glúten, lactose e etc.)

() Sim () Não

Descreva: _____

Se sim, trazer declaração/ Atestado Médico.

4. MEDICAMENTOS

Escreva abaixo os medicamentos que seu filho (a) está acostumado a tomar, e qual dosagem em caso de:

Dor de cabeça / enxaqueca: _____

Dor de barriga / estômago: _____

Cólica menstrual: _____

Enjôo/vômitos: _____

Dor muscular: _____

Tontura: _____

Falta de ar: _____

Fadiga / Cansaço: _____

Dor de dente: _____

Dor de ouvido: _____

Gripe / resfriado: _____

Outros: _____

Espaço livre para algum comentário: _____



ANO LETIVO 2018

CURSO

() Clássico

Ano _____

RELATÓRIO DE SAÚDE
Núcleo de Saúde Albert Sabin

5. AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o Núcleo de Saúde da Escola do Teatro Bolshoi no Brasil a ministrar os medicamentos relacionados acima, em eventuais emergências.

Joinville, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do responsável

6. DECLARAÇÃO

() **NÃO** desenvolvo atividade física extra curricular.

() **SIM**, desenvolvo a(s) atividade(s) física(s) extra curricular(es) abaixo relacionada(s):

Atividade	Há quanto tempo	Horas p/ semana

Obs.: Caso inicie outra atividade física durante o ano letivo, favor informar ao Núcleo de Saúde da Escola do Teatro Bolshoi no Brasil.

Assinatura do responsável