

**RELATÓRIO DE SAÚDE**  
**Núcleo de Saúde Albert Sabin**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome do aluno: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_  
 Plano de saúde: \_\_\_\_\_ Nº Carteira: \_\_\_\_\_  
 Responsável: \_\_\_\_\_ 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. MEDICAMENTOS**

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

Remédio	Dosagem	Remédio	Dosagem
Dor de cabeça / enxaqueca		Dor de barriga / estômago	
Cólica menstrual		Enjôo/vômitos	
Dor muscular		Tontura	
Falta de ar		Febre	
Fadiga / Cansaço		Dor de dente	
Dor de ouvido		Gripe / resfriado	

Outros: \_\_\_\_\_

Espaço livre para algum comentário: \_\_\_\_\_



CURSO DANÇA - CLÁSSICA  
TURMA: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO DE SAÚDE**  
Núcleo de Saúde Albert Sabin

**4. 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)? Precistou 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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

---

**Apresentar declaração/ laudo Médico**

**g) doenças:**

Possui doença crônica? Exemplo: diabetes, sinusite entre outras.

Sim  Não



CURSO DANÇA - CLÁSSICA  
TURMA: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO DE SAÚDE**  
**Núcleo de Saúde Albert Sabin**

Descreva: \_\_\_\_\_

**Apresentar declaração/ laudo Médico**

**5. AUTORIZAÇÃO**

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do pai/mãe e/ou responsável legal**

**6. DECLARAÇÃO**

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

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

<b>Atividade</b>	<b>Há quanto tempo</b>	<b>Horas p/ semana</b>

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 pai/mãe e/ou responsável legal**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de novembro de 2021.