

**RELATÓRIO DE SAÚDE**  
**Núcleo de Saúde Albert Sabin****1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_  
 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 DANÇA - CLÁSSICA  
TURMA: \_\_\_\_\_

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

Apresentar declaração/ laudo Médico

**g) doenças:**

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

( ) Sim ( ) Não

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

Apresentar declaração/ laudo 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: \_\_\_\_\_

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

Dor de ouvido: \_\_\_\_\_

Gripe / resfriado: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

**5. AUTORIZAÇÃO**

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
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