



CURSO DANÇA - CLÁSSICA
TURMA: _____

Foto 3 X 4

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