**Ficha de identificação**

|  |
| --- |
|  DADOS PESSOAIS |
| Nome: |
| Data de nascimento: | Naturalidade: |
| Endereço Residencial: |
| Telefone: | Email: |
| Matrícula:  | CPF: |
| Curso: |
| DADOS MÉDICOS |
| Tipo Sanguíneo: Fator Rh: |
| Contato de Emergência |
| Nome: |
| Telefone: Grau de Parentesco: |
| Nome: |
| Telefone: Grau de Parentesco: |
|  |
| Possui alguma doença crônica? ( ) Sim ( ) Não |
| Em caso afirmativo, quais: |
|  |
|  |
| Faz uso contínuo de alguma medicação? ( ) Sim ( ) Não |
| Em caso afirmativo, quais: |
|  |
|  |
| Possui alergia a algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não |
| Em caso afirmativo, quais: |
|  |
|  |
| Possui alergia a algum alimento? ( ) Sim ( ) Não |
| Em caso afirmativo, quais: |
|  |
|  |
| Realiza algum acompanhamento médico? ( ) Sim ( ) Não |
| Em caso afirmativo, quais: |
|  |
|  |
|  |