**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: | |
|  | |
|  | |
|  | |