

INFORMAÇÕES BÁSICAS

Nome: _____ Registro: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: () Masculino () Feminino
Altura: _____ m Peso: _____ kg Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Em caso de emergência:

- () Aguardar Pais/Responsáveis
() Aceita decisões médicas
() Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no grupo?
() O jovem tem autonomia e está treinado para administrar a sua medicação sozinho?

Avisar em Emergências:

() Pais
() Outro: _____ Tel: _____

PLANO DE SAÚDE

Convênio _____ Plano de Saúde _____ Número do Documento _____ Médico de Preferência _____ Telefone _____

INFORMAÇÕES GERAIS

- () Sabe nadar () Sonâmbulo
() Impedimento Físico () Restrição Alimentar
Cite: _____ Cite: _____

ALERGIAS

- () Picada de inseto () Plantas
Cite: _____ Cite: _____
() Ácaros / tapetes () Fungos
Cite: _____ Cite: _____
() Medicamentos () Outro
Cite: _____ Cite: _____
() Alimentos
Cite: _____

EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO

- () Óculos () Lentes de Contato
() Aparelho Dentário () Sonda
() Marca-passo () Aparelho de Audição
() Bomba de Insulina () Outros Cite: _____

SAÚDE FÍSICA

- () Asma ou Bronquite () Rinite ou Sinusite () Hipertensão () Diabetes
() Convulsões ou Epilepsia () Problemas Dermatológicos () Problemas Cardíacos () Problemas Reumatológicos
() Problemas Hematológicos () Outros Problemas Cite: _____
() Faz acompanhamento médico regular? Cite: _____

DEFICIÊNCIAS

- () Física () Visual () Auditiva
Cite: _____ Cite: _____ Cite: _____

() Intelectual

Cite: _____

() Autismo

Cite: _____

(*Equiparado as deficiências pela Lei 12.764 de 2012)

MEDICAMENTOS

Nome do Medicamento	Uso contínuo	Informações

SAÚDE MENTAL

() Apresenta algum transtorno

Cite: _____

() Faz uso de medicação para este transtorno

Cite: _____

() Acompanhamento com psicólogo

Cite: _____

() Acompanhamento com médico

Cite: _____

() Acompanhamento com outro profissional

Cite: _____

DADOS COMPORTAMENTAIS

() Crises de explosão em que agrida a si mesmo

Cite: _____

() Crises de explosão em que agrida os outros

Cite: _____

() Agitação psicomotora que atrapalhe a concentração

Cite: _____

() Dificuldade de obedecer instruções verbais

Cite: _____

() Tendência a fugas

Cite: _____

() Comportamento auto-destrutivo

Cite: _____

() Crises de ansiedade ou pânico

Cite: _____

() Dificuldade de comunicação com outras pessoas

Cite: _____

() Dificuldades alimentares

Cite: _____

() Dificuldades de sono

Cite: _____

OBSERVAÇÕES

Observações:

Atualizado em: ____/____/____

Assinatura:
