



UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL
REGIÃO DE SÃO PAULO
Grupo Escoteiro São Francisco de Assis - 09/SP

Rua Santo Antonio, 4 - Centro - São Caetano do Sul - SP - CEP 09521-160
Internet: www.gesfa.com.br - E-mail: direcao@gesfa.com.br
Fone / Fax: (11) 2629-3058 / 2629-3065

Mod. 004/11-ADM

FICHA INFORMATIVA DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:	Data de Nasc.:	/	/	/
End.:	Bairro:			
Cidade / UF:	CEP:			
Convênio Médico:	Fone:			
Tipo de Plano:	N.º da carteirinha:			
Médico de confiança da família:	Fone Resid.:	Celular:		

1) Referências pessoais (citar pelo menos uma pessoa de fora da família). EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome: _____ Fone/Celular: _____

Nome: _____ Fone/Celular: _____

2) Tipagem sanguínea: _____ **3) Fator RH:** _____

4) Quais das fobias abaixo você possui: Altura Lugares fechados Escuro Água Outras:

5) Possui alergia a algum tipo de medicamento? SIM NÃO **Qual(is)?** _____

6) Possui alergia a picada de insetos? SIM NÃO

7) Possui algum outro tipo de alergia? SIM NÃO

Qual(is)? _____ **Como agir?** _____

8) Quais das vacinas abaixo já tomou ? Qual a data da última vacinação?

<input type="checkbox"/> BCG	Tuberculose	/	/	<input type="checkbox"/> Febre Amarela	/	/
<input type="checkbox"/> Poliomielite	Paralisia Infantil	/	/	<input type="checkbox"/> Hepatite	/	/
<input type="checkbox"/> DTP	Difteria, Tétano e Coqueluche	/	/	<input type="checkbox"/> Gripes	/	/
<input type="checkbox"/> Hib	Meningite B	/	/	_____	/	/
<input type="checkbox"/> SRC	Sarampo, Rubéola e Caxumba	/	/	_____	/	/
<input type="checkbox"/> Dt	Difteria e Tétano	/	/	_____	/	/

9) Quais os medicamentos que você usualmente utiliza no dia-a-dia em caso de:

Sintomas	Medicação	Dosagem
Febre	_____	_____
Cefaléia (dor de cabeça)	_____	_____
Resfriado	_____	_____
Dor de dente	_____	_____
Dor estomacal	_____	_____
Cólica	_____	_____
Dor de garganta	_____	_____
Diarréia	_____	_____
Vômito	_____	_____
Hematomas	_____	_____
Cortes	_____	_____
Irritação nos olhos	_____	_____
Bronquite	_____	_____
Outros:	_____	_____



UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL
REGIÃO DE SÃO PAULO
Grupo Escoteiro São Francisco de Assis - 09/SP

Rua Santo Antonio, 4 - Centro - São Caetano do Sul - SP - CEP 09521-160
Internet: www.gesfa.com.br - E-mail: direcao@gesfa.com.br
Fone / Fax: (11) 2629-3058 / 2629-3065

10) Quais os diagnósticos clínicos abaixo já teve (tem) ?

- | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bronquite | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Sarampo | <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Disritmia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Meningite | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Desmaios | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Pressão baixa | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Catapora | <input type="checkbox"/> Enxaqueca | <input type="checkbox"/> Apendicite |
| <input type="checkbox"/> Pressão alta | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Caxumba | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Incontinência |
| <input type="checkbox"/> Cólicas | <input type="checkbox"/> Herpes Labial | <input type="checkbox"/> Tétano | <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Sonambulismo |
| <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Prob. Cardíacos | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> _____ |

11) Tem algum problema cardíaco? SIM NÃO

Qual? _____

12) Tem algum problema renal? SIM NÃO **Qual?** _____

13) Tem algum problema com outros órgãos internos? SIM NÃO

Qual(is)? _____

14) Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? SIM NÃO

Quando? _____

Qual a finalidade? _____

15) Já teve fratura óssea? SIM NÃO **Qual parte do corpo já foi fraturada?** _____

16) Está com algum diagnóstico não mencionado ou sob tratamento? SIM NÃO

Qual(is)? _____

17) Pratica esportes ? SIM NÃO **Qual(is) ?** _____

18) Faz uso de algum medicamento? SIM NÃO **Qual(is) ?** _____

19) Possui algum impedimento físico a pratica de esportes ? SIM NÃO **Qual(is) ?** _____

20) Quais dos equipamentos/aparelhos abaixo seu filho(a) utiliza:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lentes de contato | <input type="checkbox"/> Óculos de grau | <input type="checkbox"/> Aparelho para audição |
| <input type="checkbox"/> Algum tipo de prótese | <input type="checkbox"/> Aparelho odontológico (fixo ou móvel) | |

Termo de compromisso

Eu, _____, declaro serem verdadeiras as informações prestadas acima. Autorizo o responsável a administrar medicamentos de uso habitual como declarado no item 9 e a **procurar auxílio médico sempre que necessário durante as atividades escoteiras**. Sei também que o atendimento de emergência pode ser feito em rede pública (pronto-socorro), devendo o fato ser comunicado o mais breve possível aos responsáveis legais.

São Caetano do Sul, _____ de _____ de _____

Nome do responsável

Assinatura do responsável