



FICHA MÉDICA

Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Convênio Médico: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Número do Cartão do Convênio: \_\_\_\_\_

Em caso de emergência qual outra pessoa poderemos ontactar? \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Preferência de hospitais nas imediações da Escola: \_\_\_\_\_

Nome do Pediatra: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome do Neurologista: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

É alérgico a algum medicamento? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Já tomou antitetânica? \_\_\_\_\_ Valida até: \_\_\_\_\_

Tem alguma intolerância alimentar? \_\_\_\_\_ Identifique: \_\_\_\_\_

Toma medicamentos diariamente? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Cite medicação com a respectiva dosagem que faz uso habitualmente para casos de febre, dores, vômitos

É convulsivo? \_\_\_\_\_ As crises estão controladas? \_\_\_\_\_

Doenças que já contraiu: \_\_\_\_\_

Sofreu alguma cirurgia? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Autorizo a escola tomar as providencias necessárias quanto aos medicamentos (prescritos na receita anexa a Ficha Médica) e procedimentos de emergência, caso não consiga contato com os responsáveis. Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_