

## FICHA MÉDICA

MUNICÍPIO

<b>INFORMAÇÃO DO ALUNO:</b>	
<b>NOME:</b>	
<b>SEXO:</b>	<b>DATA DO NASCIMENTO:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>	<b>TELEFONE:</b>
<b>NOME DO PAI/RESPONSÁVEL:</b>	

<b>INFORMAÇÃO DE SAÚDE:</b>
<b>SINDROME DE DOWN:</b> SIM ( ) NÃO ( )
<b>INSTABILIDADE ATLANTO-AXIAL POR RAIOS X:</b>
<b>AVALIAÇÃO – SE RAIOS-X FOR POSITIVO, SIM ( ) SE NEGATIVO, NÃO ( )</b>

HISTÓRICO	ASSINALE 01 OPÇÃO	COMENTÁRIOS
Problemas sanguíneos	Sim ( ) Não ( )	
Traumatismo	Sim ( ) Não ( )	
Diabete	Sim ( ) Não ( )	
Desmaio	Sim ( ) Não ( )	
Problema Cardíaco	Sim ( ) Não ( )	
Problema de Pressão	Sim ( ) Não ( )	
Contágio Recente de doenças, febre, hepatite	Sim ( ) Não ( )	
Hérnia	Sim ( ) Não ( )	
Problemas de Rins	Sim ( ) Não ( )	
Gravidez	Sim ( ) Não ( )	
Problema Ósseo	Sim ( ) Não ( )	
Problema nos olhos	Sim ( ) Não ( )	
Lentes de Contato	Sim ( ) Não ( )	
Dentadura	Sim ( ) Não ( )	
Deficiência Auditiva	Sim ( ) Não ( )	
Necessidade de Aparelhos Especiais	Sim ( ) Não ( )	
Problemas Emocionais	Sim ( ) Não ( )	
Dieta Especial	Sim ( ) Não ( )	
Outros (se sim, explique)	Sim ( ) Não ( )	

<b>MEDICAÇÕES:</b>		
<b>Nome do Medicamento:</b>	<b>Posologia:</b>	<b>Tempo Administrado</b>
<b>Alergia a algum medicamento?</b>		<b>Se Sim, qual?</b>
Sim ( ) Não ( )		

Se houver qualquer mudança significativa na saúde do paratleta, sua condição deverá ser revisada por um médico antes de sua participação efetiva.

( ) Eu examinei o seguinte aluno(a)/atleta (ACD) desta aplicação, e certifico, baseado no exame e revisão da informação de saúde contida nesta aplicação.



**Restrições:**

**Nome e assinatura do Médico:**

**Endereço:**

**Telefone:**

**Data:**

**Assinatura do Responsável:**