

FICHA DE SAÚDE E MEDICAÇÕES



NOME ACAMPANTE: _____

IDADE: _____ **NOME RESP.:** _____ **CEL RESP.:** _____

TIPO SANGUÍNEO: _____ **FATOR RH:** _____

CONVÊNIO MÉDICO: _____ **PLANO:** _____

HOSPITAL CONVENIADO MAIS PRÓXIMO: _____

ESTÁ EM TRATAMENTO? () SIM () NÃO. EM CASO POSITIVO ESPECIFIQUE: _____

TOMA MEDICAÇÃO DIÁRIA? () SIM () NÃO - OBS: IDENTIFICAR ABAIXO MEDICAÇÕES COMUMENTE USADAS EM CASO DE NECESSIDADE.

MEDICAMENTO	DOSE	HORÁRIO	EM USO	SE NECESSÁRIO
			()	()
			()	()
			()	()
			()	()
			()	()
			()	()

**ESTÁ LEVANDO ALGUM TIPO DE MEDICAÇÃO NA MALA, ALÉM DA JÁ DESCRITA? () SIM () NÃO
EM CASO POSITIVO, QUAL? _____**

DATA: ____/____/____ **ASS. RESPONSÁVEL:** _____

FAVOR ANEXAR OUTRAS ORIENTAÇÕES CASO NECESSÁRIO. LEVAR NA MALA CARTEIRINHA DO CONVÊNIO.