

# 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.