



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DECE_x-DEPA
COLÉGIO MILITAR DE CURITIBA
SEÇÃO DE SAÚDE



FICHA MÉDICA

DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____

*** PREENCHER COM LETRA DE FORMA.**

*** ATENTAR AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS E PREENCHER TODAS ELAS IGUALMENTE SOLICITADO.**

1 IDENTIFICAÇÃO

Nr: _____ Nome completo: _____

Nome de Guerra: _____ Ano/Série: _____ / Turma: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Estado civil: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Sexo: () Masc () Fem

Cor: () Branca () Parda () Amarela () Preta () Indígena

Altura: _____ Peso: _____ Naturalidade: _____ UF: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Filiação – Mãe: _____

Pai: _____

2 DADOS RESIDENCIAIS

Endereço: _____ Cidade: _____

Bairro: _____ Complemento: _____

CEP: _____ Tel Residencial: _____

3 EM CASO DE EMERGÊNCIA

Avisar: _____ Celular: _____

Parentesco: _____

Avisar: _____ Celular: _____

Parentesco: _____

4 PLANO DE SAÚDE

FUSEX, PASS ou **OUTROS**:

Prec-cp: _____

Pass: _____

Outros: _____

*** Nº do prontuário Hgec: _____

5 TIPO SANGUÍNEO

() O () A () B () AB

() POSITIVO () NEGATIVO

6 VACINAÇÃO

Antitetânica: () Sim () Não

Outras: _____

7 PROBLEMAS DE SAÚDE QUE APRESENTOU E APRESENTA

* Sublinhe quais as alterações ou indique por extenso na opção OUTROS

() Pele: Lesões crônicas, vitiligo, psoríase, câncer, outros.

() Olhos: Glaucoma, acuidade, presbiopia, catarata, outros.

() Ouvido, nariz, garganta.

() Endócrinos: Diabetes, hiper/hipotireoidismo, colesterol, gota, outros.

() Circulatório: Hipertensão, cardiopatia, varizes, hemorroidas, outros.

() Pulmonar: Asma, bronquite, tuberculose, enfisema, fibrose cística, outros.

() Gastrointestinal: Gastrite, úlceras, hepatite, hérnia, refluxo, outros.

() Osteomuscular: Artrose, miopatias, outros.

() Sistema nervoso: Epilepsia, AVC, poliomielite, enxaqueca, outros.

() Urogenital: Cálculo renal, insuficiência renal, diálise, DST, outros.

() Hematológico: Anemia, leucemia, distúrbio de coagulação, outros.

() Psicossociais: Tabagismo, alcoolismo, depressão, ansiedade, outros.

() Histórico familiar: câncer, hipertensão, diabetes, doenças hereditárias.

() Outros: _____

() Cirurgias: _____

8 ALERGIA A MEDICAMENTOS

() Sim () Não

Especificar: _____

9 MEDICAÇÕES QUE JÁ UTILIZOU OU UTILIZA

() Paracetamol (Tylenol, dôrico)

() Dipirona (Anador, novalgina, etc)

() Diclofenaco (Biofenac, cataflan)

() Nimesulida (Scaflam, nisulid)

() Amoxicilina (Amoxil, novoclin)

() Metoclopramida (Plasil)

() Dimenidrato (Dramin)

() Hioscina / Escopolamina (Buscopan)

() Penicilina G Benzatina (Benzetacil) () Outros:

“Declaro que são verdadeiras as informações acima”

Assinatura do paciente ou responsável: _____