

HISTÓRIO DE SAÚDE

Este formulário deverá ser preenchido, no ato da matrícula, exclusivamente pelo responsável do(a) aluno(a): pai, mãe ou tutor.

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade (anos): _____ Altura (m): _____ Peso (Kg): _____
Nº da Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____ CPF: _____
Estado Civil: _____ Naturalidade - Cidade: _____ Estado: _____
Curso: _____ Nº de Matrícula: _____
Endereço: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Tel. Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____ Tel. de Contato: (____) _____
Nome do Pai: _____ Idade: _____
Ocupação do Pai: _____ Escolaridade: _____
Nome da Mãe: _____ Idade: _____
Ocupação da Mãe: _____ Escolaridade: _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE:

Tem algum problema de saúde?..... ☐ Sim ☐ Não
└─ Quais? _____
Já submeteu-se a alguma cirurgia?..... ☐ Sim ☐ Não
└─ Quais? _____
Teve algum problema com cicatrização?..... ☐ Sim ☐ Não
Está com vacinação em dia?..... ☐ Sim ☐ Não
Tem alguma alergia? ☐ Sim ☐ Não
└─ Quais? _____
Atualmente está em tratamento médico?..... ☐ Sim ☐ Não
└─ Quais? _____
Atualmente faz uso de algum medicamento?..... ☐ Sim ☐ Não
└─ Quais? _____
Tem alguma alergia a algum medicamento ou substância? ☐ Sim ☐ Não
└─ Quais? _____
Tem algum problema psicológico? ☐ Sim ☐ Não
└─ Quais? _____
Usa óculos, aparelho auditivo, prótese ou órtese?..... ☐ Sim ☐ Não
└─ Quais? _____
Possui alguma necessidade específica? ☐ Sim ☐ Não
└─ Quais? _____

Está grávida?..... ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
Está amamentando? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
Você ingere bebida alcoólica? ☐ Sim ☐ Não

└ Qual a frequência? _____

Você faz uso de drogas ilícitas (crack, cocaína, maconha etc.)? ☐ Sim ☐ Não
Qual o seu tipo sanguíneo? ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh+ ☐ Rh-
Possui plano de saúde? ☐ Sim ☐ Não

└ Qual? _____

Possui plano odontológico? ☐ Sim ☐ Não

└ Qual? _____

Em caso de emergência, avisar: _____

HISTÓRICO DE SAÚDE:

Você já teve ou tem algumas das doenças abaixo:

Pneumonia:	☐ Sim	☐ Não	Problema Renal:	☐ Sim	☐ Não
Rinite Alérgica:	☐ Sim	☐ Não	Problema Hepático:	☐ Sim	☐ Não
Asma:	☐ Sim	☐ Não	Epilepsia (Convulsão):	☐ Sim	☐ Não
Bronquite:	☐ Sim	☐ Não	Dengue:	☐ Sim	☐ Não
Anemia:	☐ Sim	☐ Não	Doença do Coração:	☐ Sim	☐ Não
Dores de Estômago:	☐ Sim	☐ Não	Reumatismo:	☐ Sim	☐ Não
Diabetes:	☐ Sim	☐ Não	Sarampo:	☐ Sim	☐ Não
Caxumba:	☐ Sim	☐ Não	Dor na Coluna:	☐ Sim	☐ Não
Catapora:	☐ Sim	☐ Não	Enxaqueca:	☐ Sim	☐ Não
Rubéola:	☐ Sim	☐ Não	Hipertensão Arterial (Pressão Alta):	☐ Sim	☐ Não

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO:

Eu, _____, _____,
(paciente maior de 18 anos, pai, mãe ou responsável legal) (profissão)

portador de RG nº _____, CPF nº _____, domiciliado à _____

na cidade _____, estado de _____, AUTORIZO os profissionais de saúde do Instituto Federal Goiano - Campus Morrinhos, a realizar todos os procedimentos necessários para atendimento médico/odontológico/psicológico. Também AUTORIZO atendimento em caso de emergência/urgência e se necessário o devido deslocamento a uma unidade do Serviço Público de Saúde do município de Morrinhos-GO para o pronto atendimento do discente _____, sob minha responsabilidade.
(nome do(a) aluno(a))

DECLARO para os devidos fins que se façam necessários que as informações aqui relatadas são verdadeiras.

Morrinhos-GO, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do Pai ou Responsável

Assinatura do(a) Aluno(a)