

FICHA MÉDICA INDIVIDUAL

Nome: _____

Sexo: ()M ()F Data de Nascimento: __/__/__

Endereço: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Convênio: _____ Plano: _____ Nº. _____

Altura: ____cm Peso: ____kg Tipo Sangüíneo: ____Rh ____

Alergias: ()Pó ()Mofo ()Picada de Insetos ()Outras: _____

Alergias a medicamentos: ()Penicilina ()Mercúrio ()Iodo ()AAS ()Outros: _____

Como se manifesta a alergia? _____

Impedimentos Físicos? Cuidados Especiais? _____

Faz algum tratamento médico? Qual? _____

Toma medicação? Qual? _____

Indique doenças que teve, problemas a que está sujeito e outras:

() Apendicite () Asma () Sarampo () Bronquite () Catapora () Caxumba () Cefaléia () Cólicas () Convulsões
() Desmaios () Diabetes () Dismenorréia () Dores de Cabeça () Erupção Cutânea () Escarlatina () Febre
Reumática () Febre Tifóide () Hemorragias () Hérnias () Hepatite () Litiase urinária () Pneumonia () Rinite
() Rubéola () Sinusite () Sonambulismo () Tuberculose () Vertigens () Outro. Qual? _____

Possui algum problema cardíaco? Qual? _____

Possui algum problema renal? Qual? _____

Observações: _____

Esta ficha será utilizada no caso de Emergências, por favor, preencha-a sem omissões e quaisquer cuidados especiais devem ser relatados à chefia do Grupo e à organização do evento.

Assim, declaro estar ciente das normas do Movimento Escoteiro e reconheço que serei responsável pelo bom andamento da atividade.

São Paulo, __ de _____ de 2012.

Escotista

Responsável

Participante