

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.