

FICHA MÉDICA

Nome Completo do Acampante

Peso Altura Convênio Médico: S() N() - Qual? Categoria:

Outras informações:

Nome do Pediatra ou Médico de Família

Endereço

..... Telefone consultório Outro

ALERGIAS	Sim	Não	Não Sei	TIPO SANGUINEO				
Sulfa	()	()	()	A	B	AB	O	Não Sei
Iodo	()	()	()	()	()	()	()	()
Picadas de inseto	()	()	()					
Alimentares	()	()	()					
Ácido Acetilsalicílico	()	()	()					
Corantes	()	()	()					

Outros

• Para tratamento médico utiliza: Alopatia () Homeopatia ()

• Há restrições a alguma atividade esportiva? Sim () Não () - Qual?

Seu filho(a) apresenta algum problema de alergia, sonambulismo ou sono agitado? Apresenta algum outro problema de saúde? Qual? Caso tenha outras informações importantes, relate abaixo:

.....
.....
.....

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Caso o acampante esteja recebendo algum tratamento medicamentoso (alopático ou homeopático), durante o período do acampamento, favor entregá-lo nas mãos da coordenadora no momento pré-embarque com as seguintes informações por escrito: Nome do acampante, medicamento com identificação (dentro da caixa com a bula) e posologia (dose para administração por via oral).

SINTOMA	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Prisão de Ventre
Febre
Bronquite
Asma
Rinite
Congestão Nasal
Alergia a insetos
Tosse
Dor de Garganta
Dor de Cabeça
Dor de Ouvido
Dor de Barriga
Outro

Face a esta autorização declaro: 1. Que no ato do embarque meu filho dispõe de perfeitas condições de saúde. 2. Fica autorizado a transitar pelas Rodovias Municipais, Estaduais e Federais. 3. Autorizo o Acampamento a utilizar as informações por mim fornecidas nesta Ficha Médica, caso meu filho (a) apresente qualquer problema de saúde. 4. Em caso de emergência se não for possível a minha localização ou do responsável, fica a critério do Acampamento a conveniência de optar por um hospital público ou particular.

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA E RG: