



Ficha Médica

Nome: _____ Dt. de Nascimento : ____ / ____ / ____

Endereço: _____ Fone Res.: _____

Nome do Pai: _____ Cel: _____ Nome da Mãe: _____ cel: _____

Convênio Médico: _____ Fone: _____

Número do Cartão do Convênio: _____

Em caso de emergência qual outra pessoa poderemos contactar? _____

Grau de Parentesco: _____ Fone: _____

Preferência de hospitais nas imediações da Escola: _____

Nome do Pediatra: _____ Fone: _____

Nome do Neurologista: _____ Fone: _____

É alérgico a algum medicamento? _____ Qual? _____

Já tomou antitetânica? _____ Válida até: _____

Toma medicamentos diariamente? _____ Quais? _____

Cite medicação com a respectiva dosagem que faz uso habitualmente para casos de febre, dores, vômitos, etc.

É convulsivo? _____ As crises estão: Controladas

Parcialmente controladas

Controladas por medicamentos

Sem controle

Doenças que já contraiu: _____

Sofreu alguma cirurgia? _____ Quais e com que idade ? _____

Autorizo a escola tomar as providencias necessárias quanto aos medicamentos (prescritos na receita anexa a Ficha Médica) e procedimentos de emergência, caso não consiga contato com os responsáveis.

Assinatura do Responsável _____ Data: _____