

**ANEXO X  
FORMULÁRIO DE SAÚDE DO ALUNO**

**DADOS PESSOAIS**

Nome do (a) Aluno (a):	
Endereço:	
Tel. Residencial:	
Nome Pai:	
Nome mãe:	
Em caso de urgência chamar:	
Tel. Celular (PAI):	Tel. Trab. (PAI):
Tel. Celular (MÃE):	Tel. Trab. (MÃE):
Outros telefones para contato:	
Data do Nasc.: / /	Sexo: M( ) F( )

**INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE**

Convênio:	G.Sanguineo:	F.RH: ( )
Alergia ( )SIM ( )NÃO A que: _____		
Medicação indicada: _____		
Você possui algum plano de saúde? Qual? UNIMED <input type="checkbox"/> BRADESCO SAÚDE <input type="checkbox"/> HAPVIDA <input type="checkbox"/> REAL <input type="checkbox"/> AMIL <input type="checkbox"/> SESI <input type="checkbox"/> MANAUSMED <input type="checkbox"/> OUTRO: <input type="checkbox"/> NÃO POSSUO <input type="checkbox"/>		

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

Responda por extenso SIM ou NÃO a cada questão seguinte. No caso de "sim" Qual?

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	Gastrite	<input type="checkbox"/>	
Hepatite	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Crises Nervosas	<input type="checkbox"/>	
Anemia	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	

**PATOLOGIAS ADQUIRIDAS**

( )Caxumba	( )Varicela	( )Malária	( )Pneumonia	( )Sarampo
( )Rubéola	( )Tuberculose	( )Hepatite	( )Outras	
O aluno(a) faz o uso de algum medicamento de forma contínuo?		Se sim, qual?		
O aluno faz acompanhamento com algum especialista?		Se sim, qual?		
O aluno é pessoa com deficiência?		Se sim, qual?		
O aluno foi submetido a alguma cirurgia? ( ) NÃO ( ) SIM, QUAL?				

Em caso de acidente, quais os procedimentos?

- ( ) Encaminhar ao PS imediatamente
- ( ) Só encaminhar ao PS com autorização dos pais
- ( ) Aguardar a chegada dos pais
- ( ) Encaminhar ao hospital de convênio

Outros: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Responsável