

Ficha Médica

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Tem Seguro de Saúde? () Não () Sim. Qual? _____

Telefone do seguro _____ Médico _____

Tipo sanguíneo _____

É fumante? () Sim () Não

Possui alergia? () Não () Sim. Descreva _____

Há algum alimento que não possa consumir? _____

Usa medicamento regular? () Não () Sim. Descreva a dosagem, frequência, horários _____

Consome bebida alcoólica? () Sim () Não

Pode consumir bebida alcoólica? () Sim () Não

Qual a condição física? () Sedentário () Exercícios regulares () Exercícios intensos

Emergência avisar a _____ Telefone _____

Afirmo que as informações acima são atuais, me responsabilizando pela sua veracidade.

Curitiba, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do Cliente/Responsável Legal