

FICHA DE SAÚDE E MEDICAÇÕES DO ACAMPANTE

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
			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)

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.