

FICHA MÉDICA

Nome completo: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço no Brasil: _____

Contato do responsável no Brasil:

Fone Res.: _____ Cel.: _____

1) É alérgico a algum medicamento?

2) É alérgico a algum fator (perfumes, pó, picada de insetos, alimentos, etc)?

3) Possui algum problema respiratório ou crise súbita? - (Asma, bronquite, sinusite, desmaios, sonambulismo)

4) Doenças de infância (sarampo, catapora, rubéola, caxumba, coqueluche).
Quais?

6) Como reage ao processo febril?

7) Tem crises de sonambulismo?

8) Faz tratamento psiquiátrico ou psicológico ? Por que ?

9) Já teve alguma intervenção cirúrgica ? Qual?

10) Toma algum tipo de medicamento constante? Por favor leve os
medicamentos que esta acostumado a usar quando está doente no Brasil.

11) Possui algum seguro internacional familiar?
