

Questionário de Saúde – Técnico Integrado

OBSERVAÇÃO: TRAZER CÓPIA DO CARTÃO DO SUS E DO CARTÃO DE VACINA (PREFERENCIALMENTE FOTOCÓPIA COLORIDA)

Nome: _____

Curso: _____

Ano: _____ Turma: _____ Ano: _____ Turma: _____ Ano: _____ Turma: _____

Data de Nascimento: _____ Email: _____

Celular: _____ Nº Cartão do SUS: _____

Nome e telefone Pai: _____ Nome e telefone Mãe: _____

Tipo sanguíneo: _____ Convênio de Saúde: _____

Cidade de Residência dos Pais: _____

Residência em SJE Ano _____:

Residência em SJE Ano _____:

Residência em SJE Ano _____:

Fez ou faz tratamento médico? () Sim () Não

Já foi ao Psiquiatra? () Sim () Não

Já foi ao Psicólogo? () Sim () Não

Já sofreu algum acidente? () Sim () Não

Já fez alguma cirurgia? () Sim () Não Qual? _____

Já ficou internado? () Sim () Não

Faz uso de medicamento diariamente? () Sim () Não Qual? _____

É beneficiário do BPC (Benefício de Prestação Continuada)? () Sim () Não

É alérgico a:

Alimento? () Sim () Não

Qual? _____

Medicamento? () Sim () Não

Qual? _____

Condições ambientais? () Sim () Não

Especifique: _____

Já teve: Tonturas? () Sim () Não

Convulsões? () Sim () Não

Desmaios? () Sim () Não

Falta de ar? () Sim () Não

Dificuldades para dormir? () Sim () Não

Possui alguma das necessidades específicas listadas abaixo?

() Altas habilidades/superdotação

() Autismo (Síndrome do Espectro Autista)

() Baixa visão

() Cegueira

() Deficiência auditiva/surdez

() Deficiência física

() Dificuldade de aprendizagem

() Dislexia

() Surdocegueira

() TDAH(Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade)

() Outra(s): _____

Você já teve ou tem alguma doença como:

1-Diabetes () 2-Problemas cardíacos() 3-Hipertensão () 4-Disfunção na Tireoide ()

5-Disfunção nos Rins () 6-Problemas Neurológicos () Outra: _____

Alguns parentes já teve ou tem alguma doença como:

1-Diabetes () 2-Problemas cardíacos() 3-Hipertensão () 4-Disfunção na Tireoide ()

5-Disfunção nos Rins() 6-Problemas Neurológicos() Outros: _____

Qual o parentesco: _____

VACINAS

(DEVE SER PREENCHIDO PELA EQUIPE DO AMBULATÓRIO DO CAMPUS)

AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA (APENAS PARA AS MULHERES)

Com qual idade teve a primeira menstruação? _____

Já foi alguma vez ao ginecologista? () Sim () Não

Informações adicionais:

ATENDIMENTO AMBULATORIO MÉDICO