

## FICHA DE SAÚDE & AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

### 1. DADOS PESSOAIS

Nome completo (estudante): \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Nº Passaporte: \_\_\_\_\_

Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### 2. HISTÓRICO MÉDICO

Possui problema de saúde (físico/psicológico/crônico). Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Possui alguma dificuldade física? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Possui alguma necessidade especial? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Possui alguma restrição alimentar? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Possui alergia (medicamento ou outros)? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Apresenta crises súbitas, tais como: ansiedade, asma, convulsão, desmaios, sonambulismo ou outros?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Já teve alguma das doenças abaixo?

Catapora       Caxumba       Coqueluche       Escarlatina       Hepatite, tipo \_\_\_\_\_

Rubéola       Sarampo       Outras. Quais? \_\_\_\_\_

### 3. MEDICAMENTOS

Toma algum medicamento regularmente. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Já tomou medicamento antitetânico? \_\_\_\_\_

Quais medicamentos devem ser ministrados caso apresente os sintomas abaixo:

|                     | Medicamento | Dosagem |
|---------------------|-------------|---------|
| Dor de cabeça       |             |         |
| Febre               |             |         |
| Resfriado           |             |         |
| Dor de garganta     |             |         |
| Dor de ouvido       |             |         |
| Enjoo               |             |         |
| Diarreia            |             |         |
| Outros sintomas     |             |         |
| Outros medicamentos |             |         |

Além dos pais, em caso de emergência, avisar:

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: (    ) \_\_\_\_\_ Celular: (    ) \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: (    ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Relação com a família: \_\_\_\_\_

### 4. OUTRAS INFORMAÇÕES

Sabe nadar? \_\_\_\_\_

Caso tenha alguma outra informação que julgue necessário pontuar, coloque aqui:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. COMUNICAÇÕES IMPORTANTES

- ❖ É de extrema importância que todos e quaisquer problemas de saúde sejam mencionados nessa ficha, pois além de visarmos o bem estar e saúde dos estudantes, com o conhecimento adequado do quadro do mesmo, poderemos prestar o melhor suporte e assistência.
- ❖ Gostaríamos de ressaltar que todos os participantes deverão levar uma bolsinha com os remédios que estão acostumados a usar no Brasil quando estão doentes (mesmo se não estiverem usando os mesmos no momento).
- ❖ Caso o estudante esteja tomando medicamento de uso contínuo e/ou regulado: necessário levar junto uma receita médica em inglês.

## 6. AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO MEDICO DE EMERGÊNCIA

Autorizo a Experimento Intercâmbio Cultural, seus agentes, representantes e/ou monitores a autorizarem, em caso de necessidade, o tratamento médico de emergência e a administração dos medicamentos prescritos ao meu (minha) filho (a) durante a viagem.

Declaro que todas as informações contidas neste documento são verdadeiras e que não há omissão de nenhuma doença ou condição relevante referente ao estudante. Comprometo-me a informar imediatamente qualquer alteração no quadro de saúde ou na medicação do estudante, enviando uma nova ficha de saúde devidamente atualizada.

A Experimento se reserva o direito de solicitar a atualização dessa ficha de saúde a qualquer momento durante o processo de matrícula.

Nome do (a) pai/mãe ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pai/mãe ou responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_