

Historial Médico/Saúde

Nome: _____ Idade: _____ Data Nasc. ___/___/___

Tem algum dos seguintes problemas/dificuldades (assinala com uma X):

Visuais: _____ Auditivo: _____ Motor: _____ Linguagem: _____

Doença: Crónica: _____ Alérgica: _____ Outra: _____ Qual? _____

Contacto a estabelecer em caso de urgência: _____

Responder às seguintes questões, assinalando com um X

1. Declarações Pessoais	SIM	NÃO	ANO
1. Esteve hospitalizado?			
2. Foi operado?			
3. Perdas de consciência? Epilepsia?			
4. Doenças mentais?			
5. Hábitos alcoólicos			
6. Hábitos tabágicos?			
7. Consome narcóticos ou estimulantes?			
8. Dores de ouvidos? Sinusite? Rinite?			
9. Doenças pulmonares? Asma, pneumotorax, tuberculose?			
10. Doenças do aparelho digestivo?			
11. Doenças do coração?			
12. Doenças renais?			
13. Doenças ósseas (coluna, articulações)?			
14. Diabetes?			
15. Doenças do sangue?			
16. Lesões na prática desportiva?			
Se Sim, Qual(ais)?			
17. Toma regularmente algum medicamento?			
Se Sim, Qual(ais)?			
18. Doenças da pele?			
19. Vacinas actualizadas (tétano)			
20. Teve alguma doença que não foi aqui mencionada?			
Se Sim, qual(ais)?			

Se necessitar de qualquer medicamento no decorrer da atividade, deverá entregar o mesmo diariamente ao monitor com indicação de modo de administração (dosagem e horário)

Confirmando as declarações por mim efetuadas e autorizo o meu educando na prática de exercício físico durante as atividades desportivas em que se inscreve, responsabilizando-me por quaisquer implicações de saúde que possam surgir no decorrer das mesmas.

Encarregado de Educação:

Assinatura: _____

Data ___/___/___