

**FORMULÁRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE - ESTUDANTE****A - Identificação do (a) estudante**

Instituição de Ensino Superior: Faculdade Luterana de Teologia	
Unidade Básica de Saúde mais próxima da IES: Posto de Saúde Mato Preto	
Estudante:	
Data de Nascimento: __ / __ / __	Sexo: () M () F
Nome do Pai:	Telefone:
Nome da Mãe:	Telefone:
Responsável:	Telefone:
Endereço:	

B - Dados do calendário vacinal

Atualizado ()	Atrasado ()	Sem informação ()
----------------	--------------	--------------------

C - Dados sobre o (a) estudante

1. O (a) estudante vive com:	pais () só pai () só mãe () outros (): _____
2. O parto foi:	normal () cesárea () fórceps () prematuro ()
3. Doenças que já teve:	catapora () meningite () hepatite () dengue () pneumonia () Alergias: na pele () alimentar () bronquite () rinite () outra (): _____
4. Teve problemas no crescimento?	SIM () NÃO () Qual? _____
5. Teve atraso no desenvolvimento escolar?	SIM () NÃO () Qual? _____
6. Tem alguma dificuldade de:	enxergar () falar () ouvir () andar ()
7. Tem ou teve problema no coração?	SIM () NÃO () Qual? _____
8. Faz acompanhamento médico de alguma doença?	SIM () NÃO () Qual? _____
9. Tem alergia a algum medicamento?	SIM () NÃO () Qual? _____
10. Tem intolerância a lactose?	SIM () NÃO ()
11. Tem intolerância ao glúten?	SIM () NÃO ()
12. Tem alguma deficiência?	SIM () NÃO () Qual? _____
13. Usa alguma prótese?	SIM () NÃO () Qual? _____
14. Tem ou teve desmaio ou convulsão?	SIM () NÃO ()
15. Toma alguma medicação regularmente?	SIM () NÃO () Qual? _____ Para quê? _____
16. Tem diabetes?	SIM () NÃO ()

E – Contato em caso de Emergência

Nome:
Telefones:

Cidade: _____, ____/____/____.

Responsável Legal

Nome Legível: _____

mãe () pai () outro: _____

Assinatura: _____