



# DECLARAÇÃO COMPLETA DE SAÚDE

NOME:			
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	IDADE:	OCUPAÇÃO:	

Favor marcar com um "X" as informações abaixo descritas:

Apresenta ou já apresentou:	
Hipertensão. Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Diabetes. Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Faz uso de insulina <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
CÂNCER. QUAL?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Doença Cardíaca. Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Obesidade . Peso:          Altura:          IMC:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Asma	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Enfisema Pulmonar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Artrose /Artrite	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Osteoporose (osteopenia)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Osteomielite (Infecção nos ossos)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Hérnia de Disco Vertebral	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Doença Reumática (afeta articulações)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Doença Neurológica. (Acidente Vascular Cerebral)? Outro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Depressão	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Distúrbio de Comportamento (psiquiátrico)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Cálculo Renal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Doença Gástrica.Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Doença Intestinal.Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Fez ou faz uso habitual de algum medicamento? Especifique:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Esteve ou está em tratamento e/ou controle através de exames laboratoriais? ESPECIFICAR:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Possui deficiência psicomotoras de órgãos, membros e/ou sentidos de nascença ou adquirida? Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Sofreu algum acidente que tenha deixado qualquer tipo de sequela? ESPECIFIQUE:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Sofre ou sofreu nos últimos três anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a hospitalizar-se para tratamento clínico ou cirúrgico? ESPECIFIQUE :	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Está grávida ou tem suspeita de gravidez no momento (se mulher em idade fértil)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Pretende realizar alguma cirurgia nos próximos seis meses? Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Faz uso de algum tratamento? <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Acunputura <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Escleroterapia <input type="checkbox"/> Outros. Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

HÁ ALGO A DECLARAR A RESPEITO DE SUA SAÚDE QUE LHE INCOMODE COM SINTOMAS, QUE NÃO TENHA SIDO MENCIONADO NAS QUESTÕES ANTERIORES? ESPECIFIQUE:

ESCLARECIMENTOS:

DECLARO QUE AO PREENCHER O PRESENTE QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO AO PLANO DE SAÚDE, TIVE ACESSO AO MÉDICO DA ASFEB PARA OS DEVIDOS ESCLARECIMENTOS, BEM COMO PREENCHI DE PRÓPRIO PUNHO, A DECLARAÇÃO DE SAÚDE E QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, SENDO QUALQUER OMISSÃO DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

### PARECER MÉDICO

P.A. ATUAL: \_\_\_\_\_

GLICEMIA CAPILAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura / Carimbo