



FICHA MÉDICA DO PASSAGEIRO

Nome do Passageiro:	
---------------------	--

Data de Nascimento	Sexo: () F () M
--------------------	-------------------

Indique situação	() pai falecido () mãe falecida () pais separados () reside com terceiros
------------------	---

Tipo Sanguíneo / RH	Dificuldade de cicatrização () Sim () Não
---------------------	---

Tem algum sangramento anormal () Sim () Não	Qual:
---	-------

Diabético: () Sim () Não	Caso positivo nos informe imediatamente para: lafunte@lafuenteturismo.com.br
----------------------------	---

Como agir na situação de hipoglicemia e hiperglicemia

--

Toma todo tipo de medicamento? () Sim () Não	É alérgico a algum medicamento? () Sim () Não
--	---

É alérgico a:	() AAS () Dipirona () Penicilina () Sulfa () Outro
---------------	---

Alergia a outro medicamento acima não citado, alimento ou outro tipo de alergia ?

--

Como proceder em caso de alergia acima citada:
--

--

Tem Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA)? () Sim () Não	Toma medicamento? () Sim () Não
--	-----------------------------------

Caso positivo, qual e dosagem:

Tomará durante a viagem? () Sim () Não	Obs.:
--	-------

--

Tem depressão? () Sim () Não	Já teve anteriormente: () Sim () Não
--------------------------------	--

Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico: () Nunca fez () Já fez anteriormente () Atualmente

Anteriormente ou atualmente, favor citar qual dos dois, período e informações relevantes sobre o acompanhamento:
--

--

Atualmente toma algum medicamento referente o tópico acima? Caso positivo, qual e a dosagem:
--

--

Favor indicar os medicamentos usados quando necessário aos sintomas

Garganta:	Antibiótico:	Antiinflamatório:
-----------	--------------	-------------------

Problema Gastro:		
------------------	--	--

Gripe:

Febre:

Obs.:

--

Já se submeteu a alguma cirurgia? () Sim () Não	Em caso positivo indique qual, indicação e período:
---	---

--

--

--

--

Tem algum problema cardiovascular? () Sim () Não		() Taquicardia () Hipertensão Arterial () Angina
Outros:		
Tem algum problema digestivo? () Sim () Não		() Náusea () Vômito () Intolerância Alimentar () Gastrite () Úlcera () Outro
Obs.:		
Atualmente está em tratamento e tomando algum medicamento não citado? () Sim () Não		
Especifique:		
Indicar se já teve ou tem alguma destas doenças / sintomas. Caso positivo, indicar o medicamento adequado e comentário		
() Anemia		
() Anorexia		
() Asma		
() Bulimia		
() Câncer		
() Catapora		
() Caxumba		
() Convulsão		
() Dengue		
() Dengue Hemorrágica		
() Desmaio		
() Doença renal		
() Epilepsia		
() Hepatite (tipo)		
() Herpes		
() Meningite (tipo)		
() Pressão arterial alta		
() Pressão arterial baixa		
() Rubéola		
() Sarampo		
() Sinusite		
() Sonambulismo		
() Tosse Crônica		
Outras e observações:		
Faz uso de: () Óculos () Aparelho auditivo () Aparelho de ortodontia		Outro / Obs.:
REFERENTE ALIMENTAÇÃO: Tem alguma restrição na alimentação ?		
Temos refeições incluídas na programação. No caso de cardápio único, não podemos garantir que temos como providenciar um cardápio diferenciado, devido a restrição ao "menu" por motivo de saúde.		
Declaro serem verdadeiras e completas as informações contidas nessa ficha médica e autorizo a Lafuente Turismo me encaminhar ou meu(minha) parente a um profissional da saúde ou hospital em caso de necessidade de atendimento.		
Nome completo do responsável		
Parentesco		Data
Assinatura		
Nome do passageiro		