



Lafuente Turismo LTDA
Av Barão de Studart 1501 – loja 16
Fortaleza – CE | 60.120-001
Fone (85) 3242 - 1010
www.lafuenteturismo.com.br
@lafuenteturismo | @lafuentejovem

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: lafuente@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			