



CORPO NACIONAL DE ESCUTAS
Ficha Individual de Saúde
Agrupamento: _____

Identificação

Nome: _____
Morada: _____
Localidade: _____ Telefone: _____
Naturalidade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___
BI nº: _____ Arquivo de _____ De ___/___/___ Emitido em ___/___/___
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____

Assistência

Beneficiário de: _____ nº _____ por parte de _____
--

Contacto em caso de necessidade

Nome: _____
Contactos: _____

Doenças/Afecções que tem:

Doença Cardíaca? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Pulmonar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Gástrica/Intestinal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Renal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Sistema Nervoso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual?: _____
Doença Infecciosa? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Sanguínea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Outras Doenças? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Alergias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____

Toma medicamentos de forma crónica ou continuada?

Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____

___/___/___ O(A) Declarante