



Ficha Saúde

Este formulário deverá ser preenchido com os dados do(a) Escuteiro(a) de forma legível. Todas as informações contidas nesta ficha são confidenciais e destinam-se a serem utilizadas, em caso de doença súbita ou acidente, podendo ser divulgadas aos técnicos responsáveis pela assistência médica ou no acionamento do seguro escutista.

1. ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1. DADOS DO ESCUTEIRO

N.I.N. :

Categoria:

1.2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo:

Morada:

Código-Postal:

Localidade:

Data de Nascimento:

Idade:

E-Mail:

Telemóvel:

C.C. ou B.I.:

Validade:

Nº. da Segurança Social:

Nº de Utente de Saúde (SNS):

Outro Subsistema de Saúde:

Nrº:

Grupo Sanguíneo: RH

1.3. DADOS DE FILIAÇÃO/TUTELA

Nome completo do Representante Legal/ Encarregado de Educação:

E-Mail:

Telemóvel:

2. ELEMENTOS DE SAÚDE

2.1. BOLETIM DE VACINAS - atualizado (assinale com uma cruz a resposta correta)

- Sim

- Não

Data do último reforço da vacina do DTP:

Data da última vacina antitetânica (tétano e difteria):

2.2. ALERGIAS [A] ou INTOLERÂNCIA [I] (assinale com uma cruz a resposta correta e especifique se é A ou I)

Medicamentos

Sim

Não

Quais?

Alimentos

Sim

Não

Quais?

Plantas, Animais, Insectos,
Outros (ex. Tintas)

Sim

Não

Quais?



AGRUPAMENTO 740 N. SRA. da AREOSA

CNE Corpo Nacional de Escutas

Instituição de Utilidade Pública

2.3. PROBLEMAS DE SAÚDE [assinale com uma cruz a (s) resposta (s) correta (s)]

Auditivos	Epilepsia	Perturbações emocionais
Cardíacos	Gástricos	Renais
Dermatológicos	Hiperatividade	Respiratórios
Diabetes	Hipertensão	Visuais
Doenças de Infância. Quais?	Intestinais	Outros.*
Doenças Infectocontagiosas Quais?	Osteoarticulares	

2.4. ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES (assinale com uma cruz a resposta correta):

Alguma vez esteve internado?

Sim Não Especifique

Já foi operado?

Sim Não Especifique

Tem antecedentes de lesões desportivas ou traumáticas?

Sim Não Especifique

Tem antecedentes de fraturas ou traumatismos?

Sim Não Especifique

2.5. APRESENTA COM FERQUENCIA ALGUM DESTES SINAIS/SINTOMAS? (assinale com uma cruz a resposta correta)

Hemorragias nasais (epistaxes)

Incontinência (tipo:) Urinaria Intestinal

Enjoos

Dores de cabeça (Cefaleias)

Sonambulismo



AGRUPAMENTO 740 N. SRA. da AREOSA

CNE Corpo Nacional de Escutas

Instituição de Utilidade Pública

2.6. MEDICAÇÃO ACTUAL E INDICAÇÃO TERAPEUTICA. (os injetáveis devem-se fazer acompanhar de respetiva guia)

Data:

Motivo	Nome	Via	Dose	Horário

2.7. SENDO DO SEXO FEMININO (assinale com uma cruz a resposta correta)

Já tem o período menstrual? Sim Não

Observações

Se ainda não é menstruada.

Já lhe foi explicado o ciclo menstrual? Sim Não

2.8. OUTROS DADOS (assinale com uma cruz a resposta correta)

Usa lentes de contacto Sim Não

Usa próteses ou aparelhos dentários? Sim Não

Especifique

3. DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Autorizo o meu _____ menor de ____ anos, a participar nas atividades organizadas pelo Agrupamento 740 N.ª. Sr.ª. da Areosa.

Declaro a veracidade dos dados fornecidos neste impresso e assumo a total responsabilidade por eventuais omissões ao mesmo.

Comprometo-me a informar por escrito o Agrupamento 740 N.ª Sr.ª. Areosa caso as condições atuais sejam alteradas.

Data: ____/____/____

O Declarante
