|  |  |
| --- | --- |
| **pc.jpg** | **PREENCHIMENTO ELETRÓNICO**  **FICHA DE LIGAÇÃO - SAÚDE**  *As áreas cinzentas expandem-se automaticamente* |

NOME:

IDADE:       GRUPO SANGUÍNEO:

MORADA:

PESSOA A CONTACTAR EM CASO DE NECESSIDADE:

NOME:       TELEFONE:

ANTECEDENTES PESSOAIS / ESTADO DE SAÚDE ATUAL:

* HIPERTENSÃO  
* DIABETES  

SE SIM, QUAL A MEDICAÇÃO?  

* ANGINA DE PEITO  
* INSUFICIÊNCIA CARDÍACA  
* ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO  
* DOENÇAS URINÁRIAS/RENAIS  
* QUAIS:
* DOENÇAS CEREBROVASCULARES (AVC)  
* EPILEPSIA  
* PARKINSON  
* OUTRAS:
* ALERGIAS:

A MEDICAMENTOS  QUAIS:

A ALIMENTOS  QUAIS:

OUTRAS:

OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE:

MEDICAÇÃO ATUAL

Clique aqui para introduzir uma data.

ASSINATURA DO MÉDICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_