

AVALIAÇÃO DE SAÚDE

Esta declaração deve ser preenchida pelo candidato, da forma mais legível possível e com a máxima honestidade. Todas as informações são para o seu bem próprio e o de todo o grupo, e serão tratadas com o máximo de sigilo.

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____. 04. Naturalidade: _____

Estado Civil: () solteiro(a) () noivo(a) () casado(a) () divorciado(a) () viúvo(a)

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Cel: (____) _____

E-mail: _____

Em caso de emergência, notificar:

Nome: _____

Grau de relacionamento: (pai, mãe, amigo, etc.) _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____

E-mail: _____

01. Assinale (com um "X") se você possui algum problema:

- | | | |
|---------------------|------------------------|-------------------------|
| () Diabetes | () Tuberculose | () Crise nervosa |
| () Pressão alta | () Asma brônquica | () Insônia |
| () Coluna | () Moléstia reumática | () Epilepsia |
| () Doença de rins | () Doença do coração | () dificuldade na fala |
| () dor de garganta | () Fraqueza | () Problemas dentários |

() outros, especifique: _____

02. Responda:

a) Tem alguma alergia? () não () sim Qual? _____

b) Está tomando algum medicamento atualmente? () não () sim Qual? _____

Que doença está tratando? _____

c) Há alguma razão que torna necessário restringir suas atividades físicas ou sociais? () não () sim

Explique: _____

03. Você tem algum problema de saúde ou alguma debilidade física que o impediria de fazer algum tipo de serviço, incluindo serviço pesado? () não () sim Especifique: _____

04. Você tem algum problema de saúde ou alguma debilidade física que necessite de uma dieta direcionada ou que restrinja determinados alimentos? () não () sim Especifique: _____

05. Como você classificaria sua saúde? () muito boa () boa () regular () não muito boa

Local e data do preenchimento da avaliação: _____, ____/____/____.

Assinatura