



## FICHA MÉDICA

SENHORES PAIS E RESPONSÁVEIS, COLOCAR TODOS OS DETALHES POSSÍVEIS.

Já teve covid? \_\_\_\_\_

Se sim em que época? \_\_\_\_\_

Tomou a vacina para o Covid 19? \_\_\_\_\_ ( ) 1 dose ( ) 2 dose ( ) reforço

Se sim em que época? \_\_\_\_\_

Possui plano de saúde ou convenio médico? (Qual o plano e que tipo de cobertura) Mandar xerox RG e carteirinha do convenio

\_\_\_\_\_

Tem algum problema de saúde? Qual?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apresenta sonambulismo ou sono agitado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apresenta enurese? \_\_\_\_\_ Em caso positivo, como proceder? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pode participar de atividades físicas normalmente?

\_\_\_\_\_

Já tomou vacina antitetânica? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Possui Bronquite? \_\_\_\_\_ Em caso positivo, como proceder? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se o acampante estiver submetendo à algum tratamento, envie o remédio com as instruções de dosagem.

Nome do remédio: \_\_\_\_\_

Horario de ingestão: \_\_\_\_\_

Outras informações que julgar necessárias para o tratamento médico:

Usar atrás da folha para outras informações.

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Nome do Acampante: \_\_\_\_\_

[www.acampamentobuscape.com.br](http://www.acampamentobuscape.com.br)

Acampamento - 11 94395-2056 – Tio Junior 11 94303-2733 whatsapp