

## FICHA DE SAÚDE & AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

### 1. DADOS PESSOAIS

Nome completo (estudante): \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_ Nº Passaporte: \_\_\_\_\_  
Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Nome do pai: \_\_\_\_\_ Telefone Residencial: ( ) \_\_\_\_\_  
Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Telefone Residencial: ( ) \_\_\_\_\_  
Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: ( ) \_\_\_\_\_

### 2. HISTÓRICO MÉDICO

Possui problema de saúde (físico/psicológico/crônico). Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
Possui alguma dificuldade física? Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
Possui alguma necessidade especial? Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
Possui alguma restrição alimentar? Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
Possui alergia (medicamento ou outros)? Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
Apresenta crises súbitas, tais como: ansiedade, asma, convulsão, desmaios, sonambulismo ou outros?  
\_\_\_\_\_

Já teve alguma das doenças abaixo?

Catapora       Caxumba       Coqueluche       Escarlatina       Hepatite, tipo \_\_\_\_\_  
 Rubéola       Sarampo       Outras. Quais? \_\_\_\_\_

### 3. MEDICAMENTOS

Toma algum medicamento regularmente. Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Já tomou vacina antitetânica? \_\_\_\_\_ Data da vacinação: \_\_\_\_\_

Quais medicamentos devem ser ministrados caso apresente os sintomas abaixo:

- Dor de cabeça: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_
- Febre: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_
- Resfriado: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_
- Dor de garganta: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_
- Dor de ouvido: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_
- Enjoo: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_
- Diarreia: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_
- Alergia: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_
- Outros sintomas/medicamentos: \_\_\_\_\_

Além dos pais, em caso de emergência, avisar:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone Residencial: (    ) \_\_\_\_\_

Celular: (    ) \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Relação com a família: \_\_\_\_\_

#### 4. OUTRAS INFORMAÇÕES

Sabe nadar? \_\_\_\_\_

Caso tenha alguma outra informação que julgue necessário pontuar, coloque aqui:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 5. COMUNICAÇÕES IMPORTANTES

- ❖ É de extrema importância que **todos e quaisquer problemas de saúde** sejam mencionados nessa ficha, pois além de visarmos o bem estar e saúde dos estudantes, com o conhecimento adequado do quadro do mesmo, poderemos prestar o melhor suporte e assistência.
- ❖ Gostaríamos de ressaltar que todos os participantes deverão levar uma bolsinha com os remédios que estão acostumados a usar no Brasil quando estão doentes (mesmo se não estiverem usando os mesmos no momento).
- ❖ Caso o estudante esteja tomando medicamento de uso contínuo e/ou regulado: necessário levar junto uma receita médica em inglês.

#### 6. AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO MEDICO DE EMERGÊNCIA

Nós, pais ou responsáveis pelo participante identificado acima, autorizamos a Experimento Intercâmbio Cultural, seus agentes, representantes ou monitores a autorizarem o tratamento de emergência que por ventura for necessário durante a viagem de meu filho(a).

*We, parents or the legally responsible of the participant on the Programa Cultural de Férias identified above, authorize the Experimento Intercâmbio Cultural, its agents, representatives or monitors to authorize an emergency treatment that might be necessary during my child's trip.*

*Wir, die Eltern oder Erziehungsberechtigten durch den Teilnehmer oben ermöglichen das Experimento Intercâmbio Cultural, seine Agenten, Vertreter oder Monitore, Notfallbehandlung zu autorisieren, die während der Reise meines Kindes erforderlich ist.*

**Declaro que todas as informações neste documento são verdadeiras e não há omissão de nenhuma doença ou quadro importante referente ao estudante.**

Assinatura do pai ou Responsável | Unterschrift der Elte : \_\_\_\_\_

R.G. | Identitätsausweis: \_\_\_\_\_

Data | Datum: \_\_\_\_\_