

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:

o Dor de cabeça: _____ Dose: _____

o Febre: _____ Dose: _____

o Resfriado: _____ Dose: _____

o Dor de garganta: _____ Dose: _____

o Dor de ouvido: _____ Dose: _____

o Enjoo: _____ Dose: _____

o Diarreia: _____ Dose: _____

o Alergia: _____ Dose: _____

o 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: _____