



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GUIAS DE MONTANHA

FICHA INDIVIDUAL DE SAÚDE

Documento: **AGUIPERJ 2018-11** - Data de criação: 23/03/18 - Revisão: 28/06/18

DADOS

Nome:		
Data de nascimento:	Endereço:	
Cidade:	Estado:	Cep:
E-mail:		

HISTÓRICO MÉDICO

Alergias (medicamentos, comida, picadas de insetos etc)	Plano de saúde: € Sim € Não	Qual?
Medicamentos que está utilizando, dosagem, frequência etc.		Tipo sanguíneo:
Pressão alta?	€ Sim € Não	
Problemas cardíacos?	€ Sim € Não	
História de cardiopatia na família?	€ Sim € Não	
Dores no peito, falta de ar, suores, tonturas?	€ Sim € Não	
Hospitalizado nos últimos 12 meses?	€ Sim € Não	Por que?
Acima do peso?	€ Sim € Não	
Diabético?	€ Sim € Não	Insulina? € Sim € Não Tipo, dose e frequência:
Epilepsia / disritmia / convulsões?	€ Sim € Não	Remédio?
Asma ou Bronquite	€ Sim € Não	Bombinha?
Está grávida?	€ Sim € Não	
Histórico de contusões em músculos ou ossos: (1) Coluna ou pescoço (2) Ombros, braços e mãos (3) Bacia, pernas, joelhos ou pés	€ Sim € Não	Onde?
Algo mais que devemos saber sobre a sua saúde?		

EM CASO DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA:

Contatar:		Parentesco:
Telefones:	Celular:	E-mail:

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do aluno ou responsável