Faculdade de Direito de Sorocaba

Credenciada pela Portaria nº 454 de 16/05/2018

Reconhecimento pela Portaria SERES nº 321 de 07/04/2021

Entidade Mantenedora: Fundação Educacional Sorocabana

**FICHA DE SAÚDE**

**Nome: CPF/MF: Série:**

1. **Necessidades Especiais**

( ) Não Possui ( )Física ( ) Visual ( ) Fala ( ) Auditiva

( ) Outras

1. **Doenças Crônicas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ( ) Não Possui | ( )Asma | ( ) Depend. De Insulina | ( ) Doença Celíaca | ( ) Hemofilia |
| ( ) Reumatismo | ( ) Bronquite | ( ) Diabetes | ( ) Epilepsia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ( | ) Hipertensão ( ) Alergia (inclusive à medicamento) |
| ( | ) Síndrome do Pânico ( ) Doença Cardíaca ( ) Câncer |
| ( | ) Outras |

1. **A(o) aluna(o) faz uso de medicamento contínuo? ( ) sim ( ) não.**

**Qual(ais)?**

1. **A(o) aluno (a) usa : ( ) marcapasso cardíaco ( ) prótese óssea ( ) prótese dental.**
2. **A(o) aluna(o) possui plano de saúde? ( ) sim ( ) não. Qual?**
3. **Na cidade de Sorocaba, qual hospital atende seu plano de**

**saúde?**

1. **Em caso de Emergência, contatar:**

Grau de Relacionamento: Tel.: Cel.: End.:

**Em caso de Emergência, contatar:**

Grau de Relacionamento: Tel.: Cel.: End.:

( ) Declaro que autorizo o uso das informações aqui constantes no caso de emergência médica em que eu, declarante, esteja envolvida(o).

( ) Declaro estar ciente de que sou responsável pelas informações aqui inseridas, que estão corretas tanto quanto seja do meu conhecimento .

( ) Declaro que não pretendo preencher a presente ficha médica, estando ciente de que em caso de emergência serei levado para instituição médica pública considerada adequada pela equipe de socorro que atender a ocorrência.

( ) Declaro estar ciente de que caso não seja conveniente o meu encaminhamento ao hospital indicado em decorrência da situação de emergência ficará a cargo da equipe de socorro a escolha da instituição médica pública ou privada considerada adequada pela equipe de socorro que atender a ocorrência. Idem quando o hospital primeiramente procurado, em atenção ao constante desta ficha, recusar, por qualquer razão, atendimento.

Comprometo-me a manter atualizada a presente ficha médica durante o período em que mantiver vínculo com a FADI. S o r o c a b a , \_ \_ \_ d e \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ d e \_ .

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ A s s i n a t u r a d o A l u n o ( a )