



Dados Pessoais

Nome Completo

Sexo

F M

Passaporte

Viagem

Data de Nascimento

Idade

Altura

Peso

Tipo Sanguíneo

Dados Médicos

Já apresentou ou apresenta algum desses problemas de saúde?

- AVC ou Derrame Cerebral Bronquite ou Asma Câncer Convulsão ou Epilepsia
 Coma Depressão Desmaio Diabetes ou Hiperglicemia
 Enxaqueca Hipertensão Infarto do Miocárdio Labirintite
 Problemas de Coagulação Renais Outro

Tem problemas cardíacos?

Sim Não

Se sim, qual(is)?

Tem alergia medicamentosa, alimentar, de contato, etc? Se sim, a que?

Sim Não

Seu calendário vacinal está em dia (gripe, tétano, hepatite, etc)? Se não, cite qual(is).

Sim Não

Possui alguma deficiência física ou necessidade especial? Se sim, qual(is)?

Sim Não

As informações contidas nesse questionário são sigilosas e atestam minhas reais condições de saúde. Sendo assim, declaro ter conhecimento que qualquer omissão ou falha em informar a verdade poderão prejudicar eventuais atendimentos médicos durante a viagem.

Utiliza algum desses recursos?

Sim Não

Se sim, qual(is)?

Andador Aparelho Auditivo Bengala Cadeira de Rodas

Muletas Marcapasso Prótese Outros

É fumante?

Sim Não

Se sim, quantos cigarros por dia e há quanto tempo fuma?

Já se submeteu a alguma cirurgia?

Sim Não

Se sim, qual(is)?

Utiliza algum medicamento?

Sim Não

Se sim, qual(is)? Cite doses e posologias.

Para as mulheres:

Você está ou tem a possibilidade de estar grávida? Se sim, de quantas semanas?

Sim Não

Em caso de emergência entre em contato com:

Nome Completo

Relação com o passageiro/parentesco

Telefone

Nome Completo

Relação com o passageiro/parentesco

Telefone

As informações contidas nesse questionário são sigilosas e atestam minhas reais condições de saúde. Sendo assim, declaro ter conhecimento que qualquer omissão ou falha em informar a verdade poderão prejudicar eventuais atendimentos médicos durante a viagem.

Local e data

Assinatura