



INSTITUTO FEDERAL

Ceará

Campus Jaguaribe

Questionário de saúde

Nome do Aluno: _____

Idade do aluno : _____

Nome do Pai/Mãe/Responsável legal: _____

1) **O aluno faz uso de alguma medicação de rotina?** ()SIM ()NÃO

2) **Em caso de sim, qual medicação e forma de uso?**

3) **O aluno faz algum tipo de acompanhamento dessa medicação com médico?** ()SIM ()NÃO

4) **Se sim, com que frequência é esse acompanhamento?**

() semanal

() mensal

() outros:

5) **O aluno tem alguma doença preexistente?** ()SIM ()NÃO

6) **Em caso de sim, qual doença ou agravo?**

7) **O aluno tem alguma alergia?** ()SIM ()NÃO

8) **Em caso de sim, qual alergia?**

9) O aluno tem intolerância a algum alimento? ()SIM ()NÃO

10) Em caso de sim, qual alimento?

11) Em caso de urgência e emergência, podemos entrar em contato com quem? Cite 3 pessoas que podemos contactar.

Nome por extenso	Telefone /celular

Obs: em caso no qual o aluno faz uso de medicação ou apresenta algum sintoma de rotina (exemplo: dor de cabeça, cólicas, dores musculares, ênjoos, etc..) os pais estão cientes que os alunos devem trazer de casa o remédio.

____/____/____

Pais ou Responsável legal