

## HISTÓRICO MÉDICO DO ESTUDANTE

Este formulário de historico médico deve ser totalmente preenchido no intuito de inscrição nas aulas. Histórico Médico Pessoal é requerido para todos os alunos. Todas as informações são consideradas confidenciais.

### A ser completado pelo estudante:

Aluno: \_\_\_\_\_  
(Nome Completo)

Data de Nascimento (Dia/Mês/Ano): \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Filiação ou Endereço Permanente (se diferente do citado acima): \_\_\_\_\_

(Rua e Número)

Telefone: \_\_\_\_\_

(Cidade/Estado ou Província/ CEP / País)

Email: \_\_\_\_\_

### PERMISSÃO PARA DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTOS :

Eu, por meio desta/deste autorizo os físicos em hospitais da área a desenvolver procedimentos de diagnóstico e tratamento nos alunos nomeados acima , os quais suas sentenças/decisões/julgamentos podem tornar-se necessário enquanto ele/ela estiver na Universidade Federal de Goiás ( enquanto aluno da UFG).

Assinatura dos Pais/Guardiões: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais/Guardiões Dia Mês Ano

## Histórico Médico Pessoal

1. Assinale se você já teve a doença listada:

- |                                          |                                                      |                                     |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Catapora        | <input type="checkbox"/> Difteria                    | <input type="checkbox"/> Sarampo    |
| <input type="checkbox"/> Caxumba         | <input type="checkbox"/> Polio                       | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Febre Escarlate | <input type="checkbox"/> Tuberculose                 | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Febre Amarela   | <input type="checkbox"/> Malaria                     | <input type="checkbox"/> Varíola    |
| <input type="checkbox"/> Febre Tifóide   | <input type="checkbox"/> BCG (TB skin test required) | <input type="checkbox"/> Hepatite   |

2. Cuidados Especiais – marque e responda corretamente:

- |                                                                       |                                               |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma                                         | <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva | <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                     | <input type="checkbox"/> Epilepsia            | <input type="checkbox"/> Problemas no coração |
| <input type="checkbox"/> Problemas nos Rins                           | <input type="checkbox"/> Úlcera               | <input type="checkbox"/> Deficiência Visual   |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas                             | <input type="checkbox"/> Outros _____         |                                               |
| <input type="checkbox"/> Alergias (especificar) _____                 |                                               |                                               |
| <input type="checkbox"/> Lesões (especificar) _____                   |                                               |                                               |
| <input type="checkbox"/> Procedimentos Cirúrgicos (especificar) _____ |                                               |                                               |
| <input type="checkbox"/> Doenças Hereditárias (especificar) _____     |                                               |                                               |

### A ser preenchido pelo médico

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
(Dia/Mês/Ano)

Alergias a Medicamentos: \_\_\_\_\_  
Vacinações (incluir datas administradas e cópia do registro de imunização)

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sarampo (necessário se nascido em ou depois de 1957)<br/>Primeira dose: _____<br/>Segunda dose (necessário): _____<br/><br/>Difteria: _____<br/>Polio Oral – necessário: _____<br/>Tetano (necessário dentro de cinco anos): _____</p> | <p>Resultados do Exame de Tuberculose (necessário)*: _____<br/>(results in millimeters)<br/><br/>Nome do Exame: _____<br/>Data do Exame: _____<br/>ou leitura do Raio X do Peito: _____<br/><br/>*O exame deve ter sido administrado e os resultados verificados por médicos ou pelo Departamento Médico dentro de 12 meses antes da matrícula na UFG.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Julgamento Médico   |        |         |             | Listagem dos Medicamentos Atuais: |
|---------------------|--------|---------|-------------|-----------------------------------|
| Assunto             | Normal | Anormal | Comentários |                                   |
| Olhos               |        |         |             |                                   |
| Visão               |        |         |             |                                   |
| Ouvidos             |        |         |             |                                   |
| Nariz               |        |         |             |                                   |
| Amígdalas           |        |         |             |                                   |
| Dentes              |        |         |             |                                   |
| Tiróide             |        |         |             |                                   |
| Glândulas Cervicais |        |         |             |                                   |
| Peitos              |        |         |             |                                   |
| Pulmões             |        |         |             |                                   |
| Coração             |        |         |             |                                   |
| Abdômen             |        |         |             |                                   |

|                          |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|
| Pele                     |  |  |  |  |
| Extremidades             |  |  |  |  |
| Hemoglobina              |  |  |  |  |
| Pressão Sanguínea        |  |  |  |  |
| Outros Problemas Físicos |  |  |  |  |

Alguma restrição em atividades físicas? ( ) Sim ( ) Não

Se positivo, gentileza explicar e recomendar atividades permitidas:

Há quanto tempo conhece o aluno? \_\_\_\_\_

Consulta mais recente: \_\_\_\_\_

Outras recomendações ou restrições em relação à saúde: \_\_\_\_\_

Com base na sua verificação e conhecimento, você acredita que este estudante é fisicamente e emocionalmente capaz de participar de um programa completo de nível universitário de estudos e atividades relacionadas? ( ) Sim ( ) Não

**Deseja acrescentar algum comentário:**

---

---

---

**Nome completo do Médico:**

---

**Endereço:** \_\_\_\_\_

---

---

**Telefone do Consultório:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do Aluno:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_