

FICHA CLÍNICA: PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL. PODE USAR O VERSO PARA COMPLEMENTAR
Nome: _____ **Nasc:** ____/____/____ **CANAC:** _____ **Fone:** () _____

End: _____ **No.** _____ **Compl.** _____ **Cidade:** _____ **UF:** _____

CPF: _____ - **RG:** _____

E-MAIL: _____ @ _____

Trabalha atualmente? () Não () Sim Função e local? _____

Estuda atualmente? () Não () Sim Curso e local? _____

E. civil: () solteirice () casamento () união estável () divorcio/ separação

Solteirice com Namorado (a)? () Não () Sim

Cor da pele: _____ Religião: _____

Peso Atual: _____ kg Altura sem sapatos: _____

Problemas cardiológicos? Pressão alta? () Não () Não sei () Sim Qual?

Problemas de estômago? () Não () Não sei () Sim Qual?

Problemas intestinais? () Não () Não sei () Sim Qual?

Problemas neurológicos ou Insônia? () Não () Não sei () Sim Qual?

Problemas emocionais ou memória? () Não () Não sei () Sim Qual?

Faz ou fez tratamento psiquiátrico ou psicológico? () Não () Sim

Usa medicações psiquiátricas? () Não () Não sei () Sim Qual?

Usou medicações psiquiátricas? () Não () Não sei () Sim Qual?

Alergias/intolerâncias a remédios? () Não () Não sei () Sim Qual?

Alergias a alimentos/bebidas? () Não () Não sei () Sim Qual?

Alergias de pele? Formigamentos? () Não () Não sei () Sim Qual?

Diabetes? () Não () Não sei () Sim Qual?

Usa drogas ilegais? () Não () Não sei () Sim Qual?

Já foi reprovado em psicotécnico? () Não () Não sei () Sim Qual?

Pratica esportes? () Não () Não sei () Sim Qual?

Já foi operado ou teve câncer? () Não () Não sei () Sim Qual?

Já esteve internado em hospital? () Não () Não sei () Sim Qual?

Utiliza qual mão para escrever? () Direita () Esquerda

Histórico de acidentes ou fraturas? () Não () Não sei () Sim Qual?

Fuma? () Sim () Não Há quanto tempo? _____ Quantos cigarros por dia: _____

Ex-fumante? () Sim () Não Parou há quanto tempo? _____ Quantos cigarros fumava por dia: _____ Fumou por quanto tempo? _____

Carteira motorista: () Sim () Não Categoria: _____ Restrições: _____ Emissão: _____ Validade: _____

Pai: () Vivo () Falecido Faleceu de quê? _____ Doenças que tem/teve? _____

Mãe: () Vivo () Falecido Faleceu de quê? _____ Doenças que tem/teve? _____

Irmãos: () Sim () Não Quantos: _____ Doenças entre eles? () Sim () Não () Não sei Quais? _____

Filhos: () Sim () Não Quantos: _____ Doenças entre eles? () Sim () Não () Não sei Quais? _____

Namorado (a), marido, esposa: () Sim () Não Doenças entre eles? () Sim () Não () Não sei Quais? _____

Confinamento (presídio, sanatório? () Não () Não sei () Sim Qual?

Histórico de tuberculose, HIV/AIDS? () Não () Não sei () Sim Qual?

Sensação de corpo inchado? () Não () Não sei () Sim Qual?

Problemas sexuais? () Não () Não sei () Sim Qual?

Dores nos músculos ou articulações? () Não () Não sei () Sim Qual?

Utiliza método anticoncepcional? () Não () Não sei () Sim Qual?

Sangramentos ou Anemia? () Não () Não sei () Sim Qual?

Doença transmissível? () Não () Não sei () Sim Qual?

Aperta ou range os dentes acordado? () Sim () Não () Não sei

Nariz sempre entupido? () Sim () Não () Não sei Qual?

Fica ou ficou exposto a ruídos? () Sim () Não () Não sei Qual?

Caso SIM, com uso de protetor? () Sim () Não () Não aplica Qual?

Sua audição é boa? () Sim () Não () Não sei

Entende bem as pessoas? () Sim () Não () Não sei

Sua fala é boa? () Sim () Não () Não sei

As pessoas te entendem bem? () Sim () Não () Não sei

Problemas audição na família? () Sim () Não () Não sei Quem?

Tem ou teve dores ouvido? () Sim () Não () Não sei Qual?

Otites de repetição? () Sim () Não () Não sei Qual?

Intolerância ruídos fortes/repetitivos? () Sim () Não () Não sei Qual?

Ouve zumbido? () Sim () Não () Não sei Qual?

Trabalho c/ prod. químicos? () Sim () Não () Não sei Qual?

Virozes graves infância? () Sim () Não () Não sei Qual?

Labirintites, meningites? () Sim () Não () Não sei Qual?

Pratica tiro, fogos artificiais, explosões? () Sim () Não () Não sei Qual?

Pratica moto/automobilismo? () Sim () Não () Não sei Qual?

Eu, abaixo assinado (a), declaro que as informações acima são absolutamente verdadeiras e assumo a total responsabilidade por omitir ou falsear informações prestadas. Estou ciente de que este documento é parte integrante de prontuário médico e/ou pericial, estando regulado por legislação específica. Autorizo o registro das informações em prontuário e/ou em laudo, o que poderá incluir registro escrito ou audiovisual (aquisição de fotos, vídeos e gravação de som) que irão compor o prontuário médico ou laudos. Estou ciente de que a atividade pericial não é atividade de assistência médica e que este documento não está, portanto, sujeito a sigilo, podendo ser remetido. Autorizo, sem validade, a remessa deste para autoridades requisitantes.

ASSINATURA COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____

DATA: ____/____/____

