

Informações Médicas

Possui laudo médico/especialista? () Sim () Não

- Diagnóstico? _____

Possui algum problema de saúde? () Sim () Não

- Se sim, qual(is)? _____

Está fazendo uso de algum medicamento? () Sim () Não

- Se sim, qual(is)? _____

Alergias: _____

Faz acompanhamento com algum profissional da saúde? () Sim () Não

- Se sim, cite o nome e a especialidade: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que as informações fornecidas nesta ficha são verdadeiras e completas. Autorizo o CAEI a entrar em contato para envio de informações e para o agendamento de consultas ou procedimentos.

Assinatura do Responsável Legal: _____

Umuarama, ____ de _____ de 20 ____.