

## Dados Ficha Médica

<b>Nome completo:</b>		
<b>Equipe:</b>		
Toma algum medicamento? Especifique:	Sim ( )	Não ( )
Tem alguma alergia? Especifique:	Sim ( )	Não ( )
Sofre de alguma doença cardíaca ou outra em que possa perder os sentidos? Sim ( ) Não ( ) Especifique:		
Teve alguma doença grave ou sofreu cirurgia nos últimos 3 anos? Sim ( ) Não ( ) Especifique:		
Usa óculos ou lente de contato?	Sim ( )	Não ( )
Se for do sexo feminino, existe a possibilidade de estar grávida? Sim ( ) Não ( )		
Possui convênio médico: Qual?	Sim ( )	Não ( )
Tipo Sanguíneo:		
Mais alguma informação sobre seu estado físico e mental que devemos saber?		
Em caso de acidente avisar a: Nome:		
Telefone:		