



FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS – Equipe Profissional

A - Identificação do (a) Colaborador (a)

Possui convênio médico? _____ Qual? _____ (em caso positivo anexar cópia da carteirinha)

Sexo: () M () F

Data de Nascimento: __/__/__

Tipagem sanguínea:

Em casos de emergência comunicar:

Telefone comercial e celular:

Endereço residencial: _____

B - Dados do calendário vacinal

Anexar cópia da carteirinha de vacinação página de identificação e espelho das vacinas.

Atualizado ()

Atrasado ()

Sem informação ()

Data da última dose da vacina de Influenza (gripe) __/__/__

C - Dados sobre o colaborador (a)

1. Possui alguma alteração de Diabetes () Pressão alta () Doença autoimune () outros () saúde? _____

2. Toma medicação de uso contínuo? _____

3. Doenças que já teve: catapora () meningite () hepatite () dengue () pneumonia ()
ALERGIAS: na pele () alimentar () **bronquite/asma** () **rinite** () outra ()

4. Tem alergias? SIM () NÃO () Qual? _____

5. Tem ou teve desmaio ou crise convulsiva? SIM () NÃO () Qual? _____

D - Outras observações

Já testou positivo para COVID-19? () SIM () NÃO

Alguém do núcleo familiar testou positivo para COVID-19? () SIM () NÃO

Apresentou algum dos sintomas abaixo nos últimos 15 dias?

() Febre

() Tosse seca

() Cansaço

() Dor de Garganta

() Diarreia

() Conjuntivite

() Perda de paladar ou olfato

() Erupção cutânea na pele

() Dificuldade de respirar ou falta de ar

É considerado grupo de risco? () SIM () NÃO

Se sim, por qual motivo?

Responsável: _____

Data:

