



FICHA DE SAÚDE

Prezado Responsável por Candidato menor de idade, ou Candidato maior de 18 anos, para o Processo de Inscrição no 41º RJ Grupo Escoteiro Redentor, **solicitamos preencher com os dados de saúde do candidato.**

O Responsável ou Candidato maior de 18 anos deverá datar e assinar no verso deste formulário.

| | | | |
|----------------|-------|-----------------|----------------------|
| Nome Completo: | | | Menor de 18 anos () |
| Altura: | Peso: | Tipo Sanguíneo: | Fator RH: |

EQUIPAMENTO(S) DE AUXÍLIO (marque com um X, se for o caso)

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|-------------|-----------------|
| Óculos: () | Lente de contato: () | Aparelho Dentário: () | Sondas: () | Marcapasso: () |
| Aparelho de audição: () | Se Outros , cite: | | | |

DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO (marque com um X, se for o caso)

| | | | | |
|------------------------------|---|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| Anemia () | Apendicite () | Asma () | Bronquite () | Catapora () |
| Caxumba () | Cólicas () | Convulsões () | Dengue () | Desmaios () |
| Diabetes () | Enxaquecas () | Epilepsia () | Escarlatina () | Febre Reumática () |
| Hemofilia () | Hemorragias () | Hepatite () | Hérnia () | Hipertensão () |
| Labirintite () | Pneumonia () | Problemas cardíacos () | Problemas na coluna () | Problemas renais () |
| Problemas dermatológicos () | Rinite () | Sarampo () | Sinusite () | Tuberculose () |
| Outros () | Em caso de Outros , especifique: | | | |

MEDICAÇÃO HABITUALMENTE UTILIZADA, EM CASO DE: (Indique se for o caso)

| | |
|---|------------------|
| Cólicas: | Diarreia: |
| Dor de cabeça: | Dor de dente: |
| Dor de estômago: | Dor de garganta: |
| Dor de ouvido: | Enjoo: |
| Febre: | Vômitos: |
| Resfriados: | Outros: |
| O jovem tem autonomia e está treinado para administrar sua medicação sozinho? () Sim () Não | |
| Informações adicionais: | |
| Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? () Sim () Não | |
| Informações adicionais: | |

EMERGÊNCIA MÉDICA

| | | |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguardar acompanhamento dos responsáveis | <input type="checkbox"/> Aceita decisões médicas | |
| Em caso de emergência, devemos avisar a: | | |
| 1. | Parentesco: | Tel.: () |
| 2. | Parentesco: | Tel.: () |
| 3. | Parentesco: | Tel.: () |
| Informe Plano de Saúde (Se for o caso): | | |
| Nº da Carteira de Atendimento: | | |
| Nº de Associado: | | Tel. de atendimento: () |
| Principais Hospitais conveniados: | | |
| Nome do(a) médico(a): | | |
| Telefone do(a) médico(a): | | |

INFORMAÇÕES GERAIS (marque com um X, se for o caso)

| | | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Alergias? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> insetos | <input type="checkbox"/> medicamentos | <input type="checkbox"/> plantas | <input type="checkbox"/> alimentos | <input type="checkbox"/> outras |
| Especifique a alergia: | | | | | | | |
| Impedimento físico? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Especifique: | | | | |
| Restrição alimentar? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Especifique: | | | | |
| Sabe nadar? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Sonâmbulo? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | | |
| Alguma deficiência? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Se SIM , marque abaixo | | | | |
| Física () | Visual () | Auditiva () | Intelectual () | Autismo () | | | |
| Faz tratamento contínuo? Se SIM , por favor especifique abaixo o tratamento, medicamentos e dosagens: | | | | | | | |
| | | | | | | | |

APRESENTA NO COMPORTAMENTO

| |
|---|
| Crise de explosão em que agrida a si mesmo? () Não () Sim. Cite: |
| Crise de explosão em que agrida os outros? () Não () Sim. Cite: |
| Agitação psicomotora que atrapalhe a concentração? () Não () Sim. Cite: |
| Dificuldade em obedecer a instruções verbais? De que tipo? () Não () Sim. Cite: |
| Comportamento autodestrutivo? (cortes ou arranhões) () Não () Sim. Cite: |
| Crises de ansiedade ou pânico? () Não () Sim. Cite: |
| Dificuldade de comunicação com outras pessoas? () Não () Sim. Cite: |

SAÚDE MENTAL

| |
|--|
| Apresenta distúrbio de comportamento? () Não () Sim. Cite: |
| Faz uso de medicação para este transtorno? () Não () Sim. Cite: |
| Faz acompanhamento com médico, psicólogo ou outro profissional? () Não () Sim. Cite: |
| Faz acompanhamento com médico? () Não () Sim. Cite: |
| Faz acompanhamento com outro profissional? () Não () Sim. Cite: |

EXISTEM OUTRAS QUESTÕES QUE DEVERÍAMOS SABER, E NÃO FORAM COMENTADAS ANTES?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU DO CANDIDATO MAIOR DE 18 ANOS

Declaro que o(a) candidato(a) está em dia com a vacinação obrigatória e que não existem outras restrições para a prática das atividades escoteiras. Estou ciente de que nas atividades fora da sede poderão ser solicitadas mais informações sobre a saúde do candidato em questão, e da necessidade de prestar a informação mais atualizada possível. Declaro que as informações prestadas neste documento expressam a verdadeira situação de saúde do candidato, isentando o 41° RJ/Grupo Escoteiro Redentor das responsabilidades decorrentes da eventual omissão de informações.

Nome de quem preencheu a **Ficha de Saúde**:

Rio de Janeiro, / / 2025

Assinatura do Responsável