



**CORPO NACIONAL DE ESCUTAS**  
**Ficha Individual de Saúde**  
Agrupamento: 1156 Rio de Loba

**Identificação**

Nome: _____	
Morada: _____	
Localidade: _____	Telefone: _____
Naturalidade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
BI nº: _____	Arquivo de _____ De ____/____/____ Emitido em ____/____/____
Nome do Pai: _____	
Nome da Mãe: _____	

**Assistência**

Beneficiário de: _____ nº _____ por parte de _____
--

**Contacto** em caso de necessidade

Nome: _____
Contactos: _____

**Doenças/Afecções que tem:**

Doença Cardíaca? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____
Doença Pulmonar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____
Doença Gástrica/Intestinal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____
Doença Renal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____
Doença Sistema Nervoso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual?: _____
Doença Infecciosa? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____
Doença Sanguínea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____
Outras Doenças? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____
Alergias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____

**Toma medicamentos de forma crónica ou continuada?**

Nome: _____	Dose: _____	Frequência: _____
Nome: _____	Dose: _____	Frequência: _____
Nome: _____	Dose: _____	Frequência: _____
Nome: _____	Dose: _____	Frequência: _____

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ O(A) Declarante