

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMAÇÕES SOBRE O MENOR

Viaja com familiares/amigos

Viaja desacompanhado

Nome completo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Telefone residencial: \_\_\_\_\_

## CONTATO DO RESPONSÁVEL NO BRASIL

Nome completo: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Telefone residencial (do contato): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Nextel: \_\_\_\_\_

## FICHA MÉDICA

Tipo sanguíneo:  A  B  AB  O Fator RH: \_\_\_\_\_

Diabético:  Sim  Não Alguma restrição alimentar? \_\_\_\_\_

Vacinado contra tétano:  Sim  Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

É alérgico a algum medicamento? Qual? \_\_\_\_\_

É alérgico a algum fator (perfumes, pó, picada de insetos, alimentos, etc)? \_\_\_\_\_

Possui algum problema respiratório ou crise súbita? (Asma, bronquite, sinusite, desmaios, sonambulismo, etc) \_\_\_\_\_

Doenças de infância (sarampo, catapora, rubéola, caxumba, coqueluche, etc...). Quais? \_\_\_\_\_

Como reage ao processo febril? \_\_\_\_\_

Faz tratamento psiquiátrico ou psicológico? Caso positivo, favor explicar informações relevantes para o guia que irá acompanhá-lo. \_\_\_\_\_

Já fez alguma cirurgia? Qual? \_\_\_\_\_

Toma algum medicamento constantemente? \_\_\_\_\_

**Obs: leve os medicamentos que está habituado a utilizar quando está doente no Brasil**

