

BOLETIM DE SAÚDE
COLÓNIA BALNEAR DA CÁRITAS DIOCESANA DE LEIRIA

1. ELEMENTOS IDENTIFICATIVOS DA CRIANÇA

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Cartão de Assistência Médica: _____

Filiação: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____

Médico Assistente: _____ Telefone: _____

2. DECLARAÇÃO MÉDICA

Resumo da História Clínica do último trimestre / Informações relevantes:

Indique se a criança tem (assinale com X) :

	Não	Sim	
Alergias a medicamentos			Quais?
Alergias a alimentos			Quais?
Outras alergias			Quais?
Doenças infecto-contagiosas			Quais?
Doenças hereditárias			Quais?
Asma			Quais?
Diabetes			Quais?
Enurese			Noturna <input type="checkbox"/> Diurna <input type="checkbox"/>
Outras			Quais?
A criança pode permanecer à beira-mar?			
A criança pode tomar banhos de mar?			
A criança tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?			Onde? Por quem? Telefone:
A criança tem uma dieta alimentar específica?			
A criança está a tomar medicamentos?			Indicar no quadro seguinte
Nome do medicamento	Hora		Posologia

O Médico (carimbo ou selo do Centro de Saúde) _____ **Data:** ____/____/____

