

**BOLETIM DE SAÚDE**  
**COLÓNIA BALNEAR DA CÁRITAS DIOCESANA DE LEIRIA**

**1. ELEMENTOS IDENTIFICATIVOS DO PARTICIPANTE**

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 (se aplicável)			Noturna <input type="checkbox"/> Diurna <input type="checkbox"/>
Outras			Quais?
O participante tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?			Onde?
			Por quem?
			Telefone:
O participante tem uma dieta alimentar específica?			
O participante está a tomar medicamentos?			<i>Indicar no quadro seguinte</i>

Nome do medicamento	Hora	Posologia

**O Médico** (carimbo ou selo do Centro de Saúde) \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

