



## DADOS PESSOAIS

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

Cel. \_\_\_\_\_ Contato Emergencial: \_\_\_\_\_

## HISTÓRICO CLÍNICO

**Tratamento médico atual:** ( ) Sim ( ) Não

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

**Antecedentes alérgicos:** ( ) Sim ( ) Não

Quais: \_\_\_\_\_

**Portador de marcapasso:** ( ) Sim ( ) Não

**Alterações Cardíacas:** ( ) Sim ( ) Não

Quais: \_\_\_\_\_

**Hipo/hipertensão arterial:** ( ) Sim ( ) Não

**Distúrbio circulatório:** ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

**Distúrbio renal:** ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

**Distúrbio hormonal:** ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

**Distúrbio gastrointestinal:** ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

**Já teve algum diagnóstico Psiquiátrico? Bipolaridade( ) Esquizofrenia( ) Depressão( )**

**Ansiedade( ) Outro ( ) Qual?** \_\_\_\_\_

**Já teve algum surto Psicótico?** ( ) Sim ( ) Não

**Já teve alucinações?** ( ) Sim Não ( )

**Faz uso de medicação Psiquiátrica?** ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

**Ouve Vozes?** ( ) Sim ( ) Não

**Tem Epilepsia?** ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_

**Está Ciente que haverá dinâmicas de alto impacto emocional?** ( ) Sim ( ) Não

**Restrição Alimentar:** ( ) Sim ( ) Não

Quais: \_\_\_\_\_

**Diabetes:** ( ) Sim ( ) Não Tipo: \_\_\_\_\_

**Algum tipo de doença:** ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

**Convênio Médico:** ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que todas as informações preenchidas são verdadeiras e assumo a responsabilidade por estas, isentando a equipe do IFT caso alguma informação seja inverídica.

\_\_\_\_\_  
Assinatura