

Ficha online - AHA Quarteira

.	Dia	Mês	Ano
Apelido			
Nome			
Morada			
Localidade			
Cod. Postal			
Telf./Telemóvel			
email			
Data de nascimento			
Estado civil			
Sexo			
B.I.			
Data			
Arquivo			
Nº Contribuinte			
Cod. repartição			
Nº Beneficiário			
Segurança Social nº			
Carta de condução			
Data			
Categoria			
Habilitações			
Experiência Profissional			
O.B.S.			
Data de Admissão			
Categoria			
Funções			

DECLARAÇÕES PESSOAIS

responda as seguintes questões (assinale com um cruz)

Esteve Hospitalizado ?		sim		não		ano
Foi Operado?		sim		não		ano
Perdas de Consciência ?		sim		não		ano
Epilepsia?		sim		não		ano
Doenças Mentais?		sim		não		ano
Hábitos Alcoólicos ?		sim		não		ano
Hábitos Tabagicos ?		sim		não		ano
Dores de ouvidos ?		sim		não		ano
Dores de Sinusite?		sim		não		ano
Dores de Rinite?		sim		não		ano
Doenças Pulmonares, Asma		sim		não		ano
Doenças Pneumotorax, Tuberculose?		sim		não		ano
Doenças Aparelho Digestivo?		sim		não		ano
Doenças de Coração ?		sim		não		ano
Doenças Renais?		sim		não		ano
Doenças Ósseas (Coluna, Articulações) ?		sim		não		ano
Diabetes ?		sim		não		ano
Doenças do Sangue?		sim		não		ano
Doenças de Pele?		sim		não		ano
Toma regularmente algum medicamento?						
Qual?						
Teve alguma doença que não foi aqui mencionada?						
Qual?						