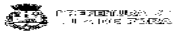




PREFEITURA DE JUIZ DE FORA
Secretaria de Administração e Recursos Humanos



ANTECEDENTES CLÍNICOS

IDENTIFICAÇÃO

NOME		CPF
PRONTUÁRIO (PREENCHIDO PELO DAMOR)	DATA DE NASCIMENTO	CARGO

Sintoma	Sim	Não	Sintoma	Sim	Não	Sintoma	Sim	Não
Alteração na Voz			Problemas para urinar			Pressão alta		
Distúrbios do sono			Alteração de apetite			Falta de ar		
Variações no peso			Prisão de ventre			Tosse		
Problemas de pele			Diarreias			Suor noturno		
Distúrbio visual			Dificuldade para engolir			Dor nas articulações		
Dor abdominal			Alteração no volume e na frequência da urina			Dor na coluna		
Escarro com sangue			Dificuldades frequentes no trabalho			Ansiedade		
Inchaço nas pernas			Dificuldades no relacionamento familiar			Tristeza		
Distúrbio de audição			Dificuldade no relacionamento interpessoal			Desconfiança		
Problemas digestivos			Nervosismo			Outros sintomas não relacionados acima		

Faz uso contínuo de medicação ou remédio controlado? () Não () Sim - Qual (is)? (Citar todos, inclusive dosagem)

Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? () Não () Sim. Qual(is)?

Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)? () Não () Sim. Qual (is)?

Já sofreu alguma fratura? () Não () Sim. Qual (is)?

Já se afastou ou está afastado(a) do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)? () Não () Sim. Qual ?

Períodos? _____

Motivos? _____

Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão? () Não () Sim. Qual (is)?

É tabagista? () Não () Sim. Cigarros/dia? _____ Há quanto tempo? _____

É etilista (consome bebida alcoólica)? () Não () Sim. Quantidade: _____ Frequência: _____

Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (depressão, ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras)? () Não () Sim. Qual (is)?

Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)? () Não () Sim. Qual(is)?

Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos? () Não () Sim. Qual(is)?

Apresenta ou já apresentou alguma doença infectocontagiosa? () Não () Sim. Qual(is)?

Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteo musculares (fibromialgia, artroses, artrites, etc.)? () Não () Sim. Qual(is)?

Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima? () Não () Sim. Qual(is)?

Já teve algum acidente de trânsito? () Não () Sim. Qual(is)?

Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida? () Não () Sim.

Tem filhos? () Não () Sim. Quantos? _____

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Assinatura