

56

23

## FICHA CLÍNICA

EMPRESA:							
Nome:				RG		Data Nasc. __/__/__	
Natural de:		Estado:	Estado civil:		Cor:	Sexo: Carteira profissional N° _____ Serie _____	
Função:				Setor:			

**Você tem ou teve em alguma época: (assinale com X Sim ou Não)**

	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não
Asma/Bronquite			Tonturas			Dores de cabeça		
Rinite			Desmaios			Dores nas pernas		
Sinusite			Convulsões/Epilepsia			Dores nos pés		
Pneumonias			Paralisias			Fraturas/Luxações		
Tuberculose			Tremores			Deslocamentos		
Gastrite/Úlcera			Dificuldade de ouvir			Reumatismo		
Diarreia crônica			Dificuldades de fala			Recebeu sangue		
Sangue nas fezes			Formigamentos			Doou sangue		
Vômitos c/ sangue			Dores nas costas			Internações		
Doença cardíaca			Dores na coluna			Cirurgias		
Pressão alta/baixa			Dor braço/mãos			Alergias		
Diabetes			Problemas de visão			Imobilização/gesso		
Toma remédios			Problemas de pele			Outras doenças		
Hemorroidas			Hérnia			Acidentes		
Ingere bebida alcoólica			Inchaços			Fumante		
Doença do trabalho			Varizes			Aborto		
Problema rins			Doenças do sangue			Parto		

## ANTECEDENTES PROFISSIONAIS

	Sim	Não	Especificação	Mês/Ano/Duração
Auxílio Doença				
Acidente de trabalho				
Doença do trabalho				
Sequelas				
Trabalho Insalubre				

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## FUNÇÕES – RISCO ANTERIORES

Empresas Anteriores	Função - Tempo	Riscos Expostos / EPIs
1-		
2-		
3-		
4-		

Declaro que as informações acima são verdadeiras.

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

