



1º Programa de Aperfeiçoamento em Direito Comparado Brasileiro e Espanhol

Universidade Complutense de Madri

23 de setembro a 1º de outubro de 2013

FICHA MÉDICA

Nome: _____

Cargo: _____ - Órgão: _____

Idade: _____ - Grupo Sanguíneo: _____ - Fator RH: _____

Fone: _____ - Cidade: _____ - UF: _____

Plano de Saúde: _____ Médico Assistente: _____

Dados Pessoais:

- Tabagista: Sim Não

- Diabético: Sim Não

- Hipertenso: Sim Não

- D. reumáticas: Sim Não

- D. neurológicas: Sim Não

- Alergia(s): Sim Não

- Deslipidemias (colesterol – triglicerídeos): Sim Não

{ **Obs.** - Em caso positivo, especificar: _____ }

- Medicação uso contínuo (faz uso diário): usar verso se necessário.

Observações adicionais (julgadas úteis): usar verso se necessário.

Assumo responsabilidade sobre as declarações aqui prestadas:

_____ - ____/____/2013.

PARTICIPANTE