



**CORPO NACIONAL DE ESCUTAS**  
**Ficha Individual de Saúde**  
Agrupamento: \_\_\_\_\_

**Identificação**

Nome: _____
Morada: _____
Localidade: _____ Telefone: _____
Naturalidade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___
BI nº: _____ Arquivo de _____ De ___/___/___ Emitido em ___/___/___
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____

**Assistência**

Beneficiário de: _____ nº _____ por parte de _____
--

**Contacto** em caso de necessidade

Nome: _____
Contactos: _____

**Doenças/Afeções que tem:**

Doença Cardíaca? Não Sim - Qual? _____
Doença Pulmonar? Não Sim - Qual? _____
Doença Gástrica/Intestinal? Não Sim - Qual? _____
Doença Renal? Não Sim - Qual? _____
Doença Sistema Nervoso? Não Sim - Qual?: _____
Doença Infecciosa? Não Sim - Qual? _____
Doença Sanguínea? Não Sim - Qual? _____
Outras Doenças? Não Sim - Qual? _____
Alergias? Não Sim - Qual? _____

**Toma medicamentos de forma crónica ou continuada?**

Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ O(A) Declarante