



Universidade  
Santa Cecília



## INSCRIÇÃO PROJETO RONDON JAN/2010

<b>Nome:</b>			
<b>Endereço:</b>			
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>	<b>CEP.:</b>
<b>Data de Nascimento:</b> / /	<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Estado Civil:</b>
<b>RG:</b>	<b>Órgão Expedidor:</b>	<b>CPF:</b>	
<b>E-mail:</b>			
<b>Tel. Cel.:</b>	<b>Tel. Res/recado:</b>		
<b>Tel. Emergência</b>	<b>Nome para Emergência</b>		
<b>Curso na UniSanta:</b>			
<b>Ciclo:</b>	<b>Período Cursando:</b>	<b>Ano de Conclusão do Curso:</b>	
<b>Peso:</b>	<b>Altura:</b>	<b>Que tamanho de camiseta você utiliza?</b>	
<b>Tipo Sanguíneo:</b>	<b>Fator RH:</b>		
<b>01 - Faz uso constantes de medicamentos?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Se faz, citar o(s) medicamento(s): _____			
<b>02 - Faz uso esporádico de medicamentos?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Se faz, citar o(s) medicamento(s): _____			
<b>03 - Tem alergia(s) por algum tipo de medicamento(s)?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Citar: _____			
<b>04 - Tem outros tipos de alergias? ( insetos, comidas, poeira, plantas, etc):</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Citar: _____			
<b>05 - Costuma ficar gripado ou resfriado freqüentemente?:</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>06 - Tem hábito de tomar banho frio ou quente?</b>		<input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Quente	
<b>07 - Possui algum problema de pele (sensibilidade a raios solares, etc)?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>08 - Tem pressão alta?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Independente da sua resposta, qual é a sua pressão arterial média? _____ / _____			
		Sistólica/Diastólica (valor em mmHg)	
<b>09 - Você já passou por algum problema de saúde nos últimos 10 anos?</b>			
Por exemplo: convulsões, crises de epilepsia ou outro tipo qualquer de problema de saúde?			
<b>ATENÇÃO: NÃO OMITA NADA, PARA SUA PRÓPRIA SEGURANÇA E DE TODOS COM OS QUAIS VIER A CONVIVER.</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Citar: _____			
<b>10 - Faz controle periódico de sua pressão arterial?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>11 - Possui histórico familiar sobre hipertensão?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>12 - Possui algum parente, que faleceu por questões cardíacas?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>13 - Possui algum problema neurológico?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>14 - Possui diabetes ou histórico familiar?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>15 - Já fez o teste para controle de diabetes?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>16 - Tem cardiopatias?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>17 - Tem algum problema respiratório?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>18 - Faz uso de tabaco?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>19 - Faz uso de bebidas alcoólicas?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>20 - Já fez ou faz tratamento terapêutico, psiquiátrico ou psicológico?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
<b>21 - Tem depressão?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Se sim, toma algum tipo de medicamento controlado? Qual? _____			
<b>22 - Encontra-se em período de gestação?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Se estiver grávida, de quantos meses? _____			
<b>23 - Possui filhos?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não Quantos? _____	

