

## INSCRIÇÃO PROJETO RONDON JUL/2013

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

<b>24 -</b> Toca algum instrumento musical? Qual?	( ) Sim ( ) não
<b>25 -</b> Sua família (pai/mãe), está ciente de sua intenção em participar como voluntário(a), da operação nacional do projeto rondon?	( ) Sim ( ) não
<b>26 -</b> Já contraiu:	
Catapora: ( ) Sim ( ) não	Rubéola: ( ) Sim ( ) não
Coqueluche: ( ) Sim ( ) não	Varíola: ( ) Sim ( ) não
Sarampo: ( ) Sim ( ) não	Sífilis: ( ) Sim ( ) não
<b>27 -</b> Possui alguma deficiência física? Qual?	( ) Sim ( ) não
<b>28 -</b> Já teve algum(s) outro(s) problema(s) de saúde a exceção dos acima citados?	( ) Sim ( ) não
Citar:	
<b>29 -</b> Já contraiu ou encontra-se em tratamento contra algum tipo de DST?	( ) Sim ( ) não
<b>30 -</b> Qual a sua disponibilidade de tempo para participar das capacitações nos finais de semana e do trabalho de campo na comunidade-alvo?	
<b>31 -</b> Qual a sua crença religiosa?	
<b>32 -</b> Em quais tipos de projetos profissionais você já trabalhou? Relate-os.... Conhecimento em:	
<b>33 -</b> Você já participou de algum trabalho voluntário? comente qual e como participou, Se <b>não</b> , fale sobre você	
<b>34 -</b> Você está ciente de que a viagem pelo projeto rondon, não é uma viagem turística ou de passeio?	( ) Sim ( ) não
<b>35 -</b> Você consegue dividir um quarto com mais colegas durante o período do trabalho de campo?	( ) Sim ( ) não
<b>36 -</b> Você está ciente de que poderá contrair doenças típicas da região, tais como: malária, leishmaniose, leptospirose, verminoses, dentre outras?	( ) Sim ( ) não
<b>37 -</b> Caso você venha a ser selecionado (a), deverá por sua própria conta, procurar os postos de saúde, para tomar as respectivas vacinas, conforme as exigências do edital:	( ) Sim, concordo ( ) não, discordo
<b>38 -</b> Durante os dias em que você permanecer na região, cumprindo seu papel, estará totalmente imbuído do espírito solidário e/ou comunitário. O espírito de grupo deverá prevalecer sobre o individual?	( ) Sim, o espírito de grupo deverá prevalecer sobre o individual ( ) não
<b>Declaro ser verdade o relatado acima e assino abaixo me responsabilizando pelas informações fornecidas.</b>	