

Ficha Clínica

Dados Pessoais

Nome: _____

Idade: _____

N.º de BI/Cartão do Cidadão: _____

Sistema de Saúde: _____

N.º de Beneficiário: _____

Observações clínicas relevantes:

Medicamentos que toma regularmente:

Cuidados especiais:

Outras observações:

_____, _____ de _____ de 20 _____

O Encarregado de Educação

(assinatura)