

Favor preencher em letras de forma ou legível

Nome				
Nome da mãe				
Endereço - Rua, nº, Bairro				
Cidade		Estado	CEP	Telefone
Data Nasc. / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil		CPF
Empresa		Setor	Função	

NOME DA ÚLTIMA EMPRESA QUE VOCÊ TRABALHOU

Empresa	Função	Tempo de Serviço
---------	--------	------------------

HISTÓRIA FAMILIAR

	SIM	NÃO	Idade da Morte	Motivo
Sua mãe está viva?..... 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se não, 03 _____ 04 _____	
Seu pai está vivo?..... 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se não, 05 _____ 06 _____	

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Problema ou doença do coração?..... 07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pressão alta?..... 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer ou leucemia?..... 08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema ou doença nos rins?..... 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes?..... 09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame?..... 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Varizes? 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTÓRIA PESSOAL

Você tem ou teve:

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Varizes 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença do coração 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite ou reumatismo..... 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença do fígado ou hepatite..... 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença sexualmente transmissível..... 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Câncer ou tumor..... 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hérnia..... 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catapora..... 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes..... 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caxumba..... 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta..... 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pratica algum esporte? Qual?..... 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Toma medicamento diariamente? Qual? 26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 - Você fez algum tipo de cirurgia ? () SIM () NÃO

Especifique:

Você tem ou teve:

		SIM NÃO	
Problemas de visão.....	28		
Dores de cabeça frequentes.....	29		
Sinusite.....	30		
Zumbido nos ouvidos.....	31		
Perda de audição.....	32		
Tosse crônica ou frequente.....	33		
Rinite	34		
Tontura ou desmaio ocasional.....	35		
Convulsão, ataque epiléptico.....	36		
Palpitação ou disparo no coração.....	37		
Dor Tensão ou aperto no peito.....	38		
Falta de ar.....	39		
Problemas de intestino.....	40		
Problemas de rins, pedra nos rins.....	41		

		SIM NÃO	
Alergia de pele, problemas de pele	42		
Problemas em coluna.....	43		
Problemas nos ombros.....	44		
Problemas nos cotovelos.....	45		
Problema nos punhos.....	46		
Problemas nos joelhos.....	47		
Problemas nos tornozelos.....	48		
Problemas nas mãos.....	49		
Problemas nos pés.....	50		
Adormecimento em alguma parte do corpo	51		
Fraturas; pancada forte na cabeça.....	52		
Dificuldade de dormir.....	53		
Frequente depressão ou ansiedade.....	54		
Medo de altura ou lugar fechado.....	55		

PARA MULHERES

		SIM NÃO	
“Caroço” na mama.....	56		
Método Anticoncepcional.....	57		

		SIM NÃO	
Você faz regularmente exame de prevenção ginecológico (PAPANICOLAU).....	58		
Última menstruação.....	59	/	/

OCUPACIONAL - TODOS

		SIM NÃO	
Tomou vacina contra o tétano?.....	60		
Trabalhado com material radioativo?.....	61		
Trabalhado com asbestos ou material que faz poeira?.....	62		
Trabalhado com material que afeta a respiração ou causa tosse?.....	63		
Exposto a agente químico em seu trabalho?.....	64		
Teve doença ocupacional ou acidente de trabalho?.....	65		
Teve que ficar mais que 15 dias afastado?.....	66		
Teve sequela? Qual? _____	67		
Qual? _____ Tempo? _____			
Trabalhou em área com excesso de ruído?.....	68		
Fez uso de protetor auricular contra ruído no trabalho?.....	69		

PARA TODOS (HOMENS E MULHERES)

		SIM NÃO	
Você fuma? Quantos cigarros por dia?	70		
Há quantos anos você fuma?.....	71		
Você bebe mais que duas doses de bebida alcoólica por dia?.....	72		
Você teve alguma doença grave sobre a qual não perguntamos?.....	73		

Pelo presente autorizo o Serviço de Saúde Ocupacional da Empresa a executar, ou mandar executar um exame médico meu, incluindo todos os testes (RX, sangue, urina, etc.) para determinar meu estado de saúde.

Autorizo a investigação de tudo contido nesta História de Saúde, declaro que revi as informações prestadas usando o melhor da minha memória e é verdade e completa.

Assinatura do Funcionário

Data

