



## PERSONAL HEALTH FORM

*School (Nome da escola):*

*Name of the student (Nome do estudante):*

*Nationality (Nacionalidade):*

*Date of birth (Data do nascimento):*

*Age (Idade):*

*Home address (Endereço) :*

*Medical insurance plan (Plano de saúde):*

*#(Nº)*

*ID#(RG):*

*SS#(CPF):*

*Father´s name (Nome do pai) :*

*Phones (Telefones):*

*e-mail :*

*Mother´s name (Nome da mãe) :*

*Phones (Telefones) :*

*e-mail :*

*In the event you, the parents, cannot be contacted in an emergency, whom should we contact? (Em caso da ausência dos pais, quem contatar em caso de emergência)*

*Name (Nome):*

*Relationship (Parentesco):*

*Phones (Telefones):*

*Family Doctor (Médico da família):*

*Phones (Telefones):*

*e-mail :*

*Hospital of your preference in case of an emergency (Hospital de sua preferência em caso de emergência):*

*Phone (Telefone):*

*Please list any allergies your daughter/son may have (Listar as alergias de seu(sua) filho(a))*

*Drugs (Medicamentos):*

*Foods (Comidas) :*

*Insects (Insetos):*

*Environmental conditions (Condições ambientais):*

*Please list any medication your daughter/son is taking. Also indicate the active principle and dosage (Listar os medicamentos, princípio ativo e dosagem que estão usando):*

*Please list any medication your daughter/son takes occasionally for (Listar os medicamentos que usam nas seguintes ocasiões):*

*Headache (Dor de cabeça):*

*Stomachache (Dor de estômago):*

*Anti-inflammatory (Anti-inflamatórios):*

*Antibiotics (Antibióticos):*

***Analgesics (Analgésicos):***

***Muscle pain (Dores musculares):***

***Allergies (Alergias):***

***Nausea/vomiting (Náusea/vômito):***

***Abdominal pain (Dor abdominal):***

***Menstrual cramps (Cólica menstrual) :***

***Pain/ fever (Dor/febre):***

***Others (Outros):***

***Please list any illness or physical impairment your daughter/son may have (Lista de doenças e impedimentos físicos que seu(sua) filho(a) apresenta)***

***Please list any special instruction, which would be beneficial for the doctor and coaching staff to have ( citar instruções especiais a serem seguidas pelo treinador ou médico):***

***Recent surgeries and treatments (Cirurgias e tratamentos recentes):***

***Are thee vaccines up to date(Vacinação está em dia)?***

***Recent internacional trips (Viagens internacionais recentes):***

***Last vaccines(Ultimas vacinas):***

***Please, fill out all the information (Por favor preencher todas as informações)***

***We hereby give permission to the school, represented by the Athletic Director, to use his best judgment should our daughter/son need emergency medical care and our family physician or we cannot be reached. We understand that it is our responsibility to notify the School´s Athletics Department in case any information provided on the attached form should need to be updated.***

-----  
***Parents signature***  
***(Assinatura dos Pais)***

-----  
***Date***  
***(Data)***