



## Ficha de Inscrição do Idoso

Nota: A inscrição só pode ser aceite mediante apresentação de declaração médica.

### Identificação do Idoso

Associação/Instituição: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: Feminino  Masculino

Bilhete de Identidade: N.º: \_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Tem o Cartão Social do Município? Sim  Não  N.º \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Actividades que pode realizar? Caminhadas  Jogos Lúdicos  Ginástica Manutenção

Jogos Tradicionais  Actividades Aquáticas  Bailes

### Informações em Caso de Urgência (Pessoa a contactar em caso de emergência)

Nome: \_\_\_\_\_ Telef. Emergência: \_\_\_\_\_

### Historial Médico

Médico de Família: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor Rh: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Operações: \_\_\_\_\_

Alguém da sua família (directa) faleceu com menos de 55 anos (no caso do sexo masculino) ou com menos de 65 anos (no caso do sexo feminino) por doença cardiovascular? Sim  Não

Pessoa fumadora? Sim  Fuma pelo menos 10 cigarros por dia

Não  Deixou de fumar há menos de 6 meses

### Patologias e Medicação

Patologias	Medicação		
	Nome	Dose	N.º tomas/dia
_____	_____	_____ mg	_____/____
_____	_____	_____ mg	_____/____
_____	_____	_____ mg	_____/____
_____	_____	_____ mg	_____/____
_____	_____	_____ mg	_____/____
_____	_____	_____ mg	_____/____
_____	_____	_____ mg	_____/____
_____	_____	_____ mg	_____/____
_____	_____	_____ mg	_____/____

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_