

Formulário Informativo – Dermacamp – 2018

Data do acampamento(dia/mês/ano): 6 a 9 de Dezembro de 2018

Idade para participar do acampamento : Crianças : 8-13 anos (na época do acampamento)

Por favor, usar letra de forma para preencher esta Ficha.

As informações desse formulário serão utilizadas pela Equipe de profissionais de Saúde, Equipe de Apoio e Monitoria, para conhecer um pouco sobre cada pessoa que participa do acampamento do Dermacamp. O preenchimento deve ser completo e correto, pois todos os dados são importantes para o planejamento das atividades do acampamento e para o bem estar físico e psicológico dos participantes.

Cole sua foto
aqui

Deve ser entregue para a Coordenação antes do acampamento!

1. PARTICIPANTE

DADOS PESSOAIS :

1. NOME _____

RG _____

2. Tem APELIDO? Não () Sim () Como gosta de ser chamado?

3. DATA DE NASCIMENTO ___/___/_____ Idade _____ anos

4. NACIONALIDADE _____ Natural de _____

5. MASCULINO FEMININO ALTURA _____(cm) PESO _____

6. ENDEREÇO (Por favor, escreva seu endereço de forma que correspondências possam chegar até você.)

Nome do participante: _____

Rua: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP _____

Cidade _____ Estado _____

Telefone residencial (prefixo/número) _____

Telefone p/recados _____ falar com _____

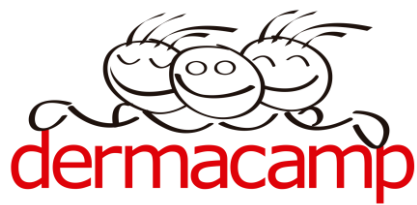
e-mail:

celulares, com DDD

7. Viagens, Excursões ou Acampamentos : Já fêz alguma vez? Não () Sim ()

7.a. COM OS PAIS: Escola ()

7.b. SOZINHO ()



8. CONDIÇÕES DE SAÚDE

8.1. Alimentos que não pode comer(coloque os nomes, por favor)

Alimentos que gosta ou precisa comer

8.2 Diagnóstico (peça informação ao médico): _____

8.3 Fale um pouco sobre o Dia a Dia do seu filho. Que atividades ele faz? Ele tem alguma dificuldade ou proibição médica? *Se precisar, use a parte de trás da folha*

8.4 MEDICAMENTOS que seu filho utiliza atualmente (Por favor, coloque o nome, a dose,os horários e as instruções que devem ser seguidas). Anexe uma cópia da receita do médico.(se precisar, use a parte de trás para maiores detalhes)

NOME DO MEDICAMENTO	DOSAGEM	HORÁRIOS	INSTRUÇÕES
1.			
2.			
3.			
4.			
6.			
7.			

Recomendações especiais sobre uso de medicamentos -Pode usar o verso da folha

- Alergias a medicamentos ? Quais ?
- O que usar em situações especiais(febre, diarreia, dor) ? :
- Costuma fazer inalações ? Como?
- Alguma recomendação especial?

Curativos :

Precisa fazer curativos? Não () Sim ()

Como faz?

Tem material especial ? Não () Sim ()

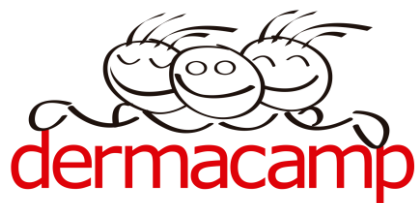
Vai trazer o seu material ? Não () Sim ()

Precisa de material do Dermacamp? Não () Sim ()

Escreva o que precisa que seja providenciado pela equipe do Dermacamp:

Material especial : Toma analgésico ?

Dicas especiais sobre o curativo:



Recomendações especiais :

- Banhos :
- Higiene bucal:
- Hidratação:
- Cuidados com os olhos:
- Fotoproteção:
- Outros cuidados que precisam ser oferecidos:

8.5 CONDIÇÕES GERAIS

Precisa ajuda para realizar suas atividades diárias ? Não () Sim ()
De Que Tipo ?

8.6 Tem Plano de saúde ? Sim () Qual ?
Favor levar a carteirinha do convênio ou cartão para atendimento.

8.7 SABE NADAR? Não () Sim? () Pode nadar ? Não () Sim () Acompanhado () Já frequentou piscinas ? Sim () Não ()

2. OUTRAS INFORMAÇÕES

1.MÃE: NOME COMPLETO: _____
PROFISSÃO: _____
TEL. RES. _____ TEL. COM/ Recados _____
Celular : _____
e-mail: _____

2. PAI: NOME COMPLETO: _____
PROFISSÃO: _____
TEL. RES. _____ TEL. COM. /Rec. _____
Celular : _____
e-mail: _____

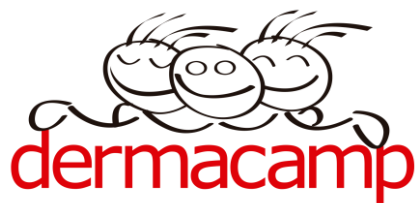
3. Qual adulto deve ser procurado se houver necessidade?
Telefones para Recado () ()
Falar com :

INFORMAÇÕES SOBRE O SEU FILHO

1. RESPONSABILIDADES de SEU FILHO NO DIA A DIA

Cuidados Diários :

Trabalhos de casa:



Escola:

2. ANIMAIS DOMÉSTICOS ?

2a. SE VOCÊ TIVER ALGUM ANIMAL DOMÉSTICO, FAVOR ESPECIFICAR QUAL

2b. ALGUM PROBLEMA EM RELAÇÃO À CONVIVÊNCIA COM ANIMAIS? Não () Sim ()
DE QUE TIPO? _____

3. RELIGIÃO:(Você espera que seu filho(a) tenha algum atendimento religioso durante o acampamento?) _____

3. RELATO DOS PAIS:

3.1 DESCRIÇÃO DA FAMÍLIA :

*Fale um pouco sobre os Hábitos , Costumes e Jeito de Ser de sua Família
(Se você precisar de mais espaço, favor utilizar o verso da folha)*

- Papel da mãe e do pai em sua família;
- Quais coisas são consideradas importantes para vocês
- Atividades que fazem, grupos que participam (voluntário,comunitário,religioso)
- Que tipo de musica, leituras, programas de TV e filmes preferem

3.2 OBSERVAÇÕES SOBRE SEU FILHO :

Fale um pouco sobre o jeito de ser do seu filho, como ele reage às situações em geral, e como gosta de ser tratado. Conte-nos um pouco sobre Ele.

4. RELATO DO(A) PARTICIPANTE :

Deve ser preenchido pelo participante. Se precisar de ajuda, os Pais devem apenas tirar dúvidas.

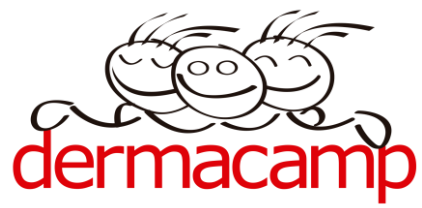
1. Eu gosto de

2. Meus passatempos são:

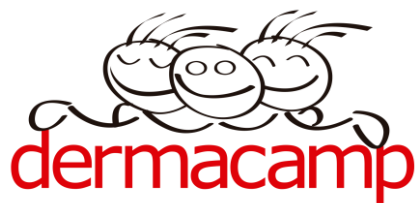
3. Eu não gosto de

4. Fico bravo(a) quando

5. Faça uma figura que represente o que você espera do Dermacamp. Se precisar use a parte de trás



6. O que te alegra que não custa nada?
7. Que coisas você faz, que poderia ensinar para os outros?
8. O que te ajuda quando você fica triste?
9. O que você espera de seu melhor amigo?
10. Escreva mais alguma coisa que você gostaria de nos contar a seu respeito.
11. O que você gostaria de fazer no Acampamento ?



Termo de Compromisso e Responsabilidade

- a) Aceito participar do Acampamento Dermacamp por livre e espontânea vontade;
- b) Vou procurar participar das atividades que estiverem ao meu alcance;
- c) Estou preparada(o) para permitir que meu filho(a) participe do Acampamento do Dermacamp 2018 apoiando-o(a) física e psicologicamente.
- d) Assumo total responsabilidade pela participação do meu filho no Dermacamp, e autorizo os responsáveis a tomar medidas necessárias para a segurança física, psicológica e emocional de meu filho
- e) Estou ciente de que a participação de meu filho no acampamento e atividades do Projeto Dermacamp é uma responsabilidade mútua dos pais e responsáveis, não cabendo aos seus organizadores a responsabilização exclusiva sobre eventuais acontecimentos decorrentes de imprudência, negligência ou desrespeito a normas e regras por parte dos acampantes, ou por omissão de informações relevantes por parte de seus responsáveis.
- f) O cumprimento de tais regras de conduta e normas de segurança é dever de todos os participantes e a Coordenação do Projeto tomará as devidas medidas para assegurar o seu cumprimento, assim como aplicará medidas adequadas quando as mesmas forem violadas.
- g) Autorizo a publicação de fotos do meu filho, para finalidade de divulgação do projeto Dermacamp respeitando-se a legislação vigente

DATA : / / 2018

Assinatura

Do Pai/Responsável _____

Da Mãe/Responsável _____

DO PARTICIPANTE : _____

Assinatura do Dermatologista Responsável pela criança

Dr. _____

CRM :

Dados do Dermatologista Responsável

Nome Completo

Endereço

Telefones para contato

Instituição

e-mail para contato

COORDENAÇÃO PROJETO DERMACAMP
DR. SAMUEL HENRIQUE MANDELBAUM
AVENIDA NOVE DE JULHO, 520 - SALAS 3 E 4 – FAX- 12-39215455
12243-001 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
E-MAIL : mhsmandelbaum@gmail.com