

## QUESTIONARIO DE SAÚDE (Pessoas credenciadas para Zonas 2 e 3)

(Staff, Fornecedores, Titulares de Direito de TV)

Favor inserir as seguintes informações de acordo com o que é solicitado:



1 - DADOS PESSOAIS	RESPOSTA
Nome e Sobrenome	
Número de passaporte / documento de identidade	
Sexo (Masculino / Feminino)	
Altura (em mts)	
Peso (em kg)	
Data de nascimento	
Estado civil	
Nacionalidade	
Profissão/ocupação	
Empresa	
Cidade onde reside	
País onde reside	
Telefone	
Email	
2 - ANTECEDENTES MÉDICOS PESSOAIS	
Gravidez	Sim / Não
Diabetes	Sim / Não
Hipertensão arterial	Sim / Não
Doenças cardiovasculares	Sim / Não
Doenças pulmonares	Sim / Não
Asma	Sim / Não
Doença renal	Sim / Não
Doença hepática	Sim / Não
Doença auto-imune	Sim / Não
Câncer	Sim / Não
Alergias (especificar)	
HIV/AIDS	
Cirurgias prévias (especificar)	
Consumo de corticoides	Sim / Não
Fuma (cigarros por dia/desde quando)	
Atividade esportiva (tipo, frequência e duração)	
Imunização (data da última dose de vacina antigripal)	
Antecedente de pneumonia no último ano	Sim / Não
Consume algum medicamento diário?	Sim / Não
Caso consuma medicação, favor especificar qual/quais	
3 - ANTECEDENTES FAMILIARES	
Tipo de Residencia onde reside (Ex: Apartamento/Casa/Hotel)	
Sobre a quantidade de ocupantes habituais em sua residencia, favor indicar abaixo:	
<b>Quantidade de pessoas do sexo MASCULINO, com idades:</b> (favor inserir um número de 0 a 10 )	
	Até 27 dias
	28 dias – 11 meses
	1 – 4 anos
	5 – 14 anos
	15 – 19 anos
	20 – 29 anos
	30 – 39 anos
	40 – 49 anos
	50 – 59 anos
	60 anos ou mais

**Quantidade de pessoas do sexo FEMININO, com idades:**

*(favor inserir um número de 0 a 10)*

- Até 27 dias
- 28 dias – 11 meses
- 1 – 4 anos
- 5 – 14 anos
- 15 – 19 anos
- 20 – 29 anos
- 30 – 39 anos
- 40 – 49 anos
- 50 – 59 anos
- 60 anos ou mais

Compartilha residencia com profissionais de saúde?

Sim/Não

Em caso afirmativo, favor especificar quantidades e local de trabalho

**4 - CUESTIONARIO DE SALUD ESPECÍFICO DE COVID - 19**

¿Tiene actualmente algunos de estos síntomas?

Febre	Sim/Não
Tosse Seca	Sim/Não
Tosse com catarro	Sim/Não
Dificuldade para respirar	Sim/Não
Dor ou pressão no peito	Sim/Não
Dor de garganta	Sim/Não
Dor de cabeça	Sim/Não
Dores musculares	Sim/Não
Olfato?	Sim/Não
Cansaço Anormal	Sim/Não

**5 - ANTECEDENTES DE CONTATO**

Teve contato com alguma pessoa diagnosticada com COVID-19? Falando, contato físico.

Sim/Não

Teve contato com alguma pessoa em quarentena?

Sim/Não

Países visitados nas últimas 6 semanas (especificar quais)

**6 - VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES - IMPORTANTE**

DECLARO QUE TODOS OS DADOS SÃO VERDADEIROS E ESTÃO CORRETOS

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

Nome por extenso: \_\_\_\_\_