

# Ficha Clínica

## Dados de Identificação

Data / /

Nome		Nasc / /		Idade
Rua	n° /	CEP	Cidade	
CPF		e-mail		
Profissão		Fone residencial		
Estado civil	Filhos	Fone celular		

## Doenças Atuais/Passadas

## Como é sua dieta na maior parte dos dias?

Diabetes <input type="radio"/>	Alcoolismo <input type="radio"/>	Consumo frequente de carne vermelha <input type="radio"/>
Pressão Alta <input type="radio"/>	Obesidade <input type="radio"/>	Vegetariana/vegana <input type="radio"/>
Tabagismo <input type="radio"/>	Alergias <input type="radio"/>	Comida industrializada <input type="radio"/>
Outras		Consumo diário de vegetais e hortaliças <input type="radio"/>
		Alimentação balanceada em fibras, proteínas e carboidratos <input type="radio"/>

## Atividade Física

## Internações Hospitalares

Sedentarismo <input type="radio"/>	Ano	Motivo
Regular <input type="radio"/>	Ano	Motivo
Alta performance <input type="radio"/>	Ano	Motivo

## Medicamentos em Uso

--

## Observações | Preenchidas pelo médico

--