|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| cid:image003.png@01CF8590.D4EDC1D0 | **Histórico Clínico Terapias Complementares** | N° / Rev.: | RQ.GPS.03.009/00 |
| Tipo: | Registro |
| Este documento faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade da Unimed Porto Alegre |

**HISTÓRICO CLÍNICO (início do tratamento):**

**DADOS GERAIS:**

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Endereço:

**Pais ou responsáveis**

Nome:

Fone:

Nome:

Fone:

N° do cartão:

Convênio:

Frequenta escola? ( ) Sim ( ) Não

Possui acompanhante terapêutico na escola?

Nome da escola:

Série:

Turno de aula:

**DADOS DA SOLICITAÇÃO DO TRATAMENTO:**

Nome do médico solicitante:

Especialidade:

Telefone para contato:

Motivo do encaminhamento:

CID:

Histórico da patologia:

Conduta:

Prescrição médica inicial (com cópia do original):

**DADOS DO TRATAMENTO:**

Tratamento realizado:

Nome do profissional responsável:

Especialidade do profissional responsável:

Número do registro no conselho de classe:

Nome do profissional que realiza o atendimento:

Especialidade do profissional que realiza o atendimento:

Número do registro no conselho de classe do profissional que realiza o atendimento: