**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO PRÉ-VIAGEM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DO VIAJANTE | GÊNERO | DATA DE NASCIMENTO | DATA DA PARTIDA | DATA DE RETORNO |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| VOCÊ VIAJARÁ SOZINHO OU EM UM GRUPO? |  |
| FINALIDADE DA VIAGEM |  |
| QUE ATIVIDADES OU EXCURSÕES VOCÊ PLANEJOU? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESTINO / ÁREA DE VIAGEM**em ordem de visita | **DURAÇÃO DA ESTADIA** | **ACOMODAÇÃO MORANDO**por exemplo, hotel, albergue, barraca, casa da família | **MODO(S) DE TRANSPORTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| HISTÓRICO MÉDICO |
| **CONDIÇÃO MÉDICA(S)** atual e anterior |  |
| **MEDICAMENTOS ATUAIS(S)**listar doses e frequência |  |
| **ALERGIAS**se qualquer |  |
| **REAÇÕES ÀS VACINAS ANTERIORES**se qualquer |  |
| **Você foi operado recentemente?** |  |
| **Você já tomou pílulas para malária?**Em caso afirmado, liste o nome de cada um. |  |
| **Adicione qualquer informação adicional que achar relevante.** |  |

Antes de marcar uma consulta, envie o formulário concluído para:

|  |
| --- |
|  |

Por favor, permita que 48 horas após enviar este formulário ligue para marcar uma consulta em nosso escritório.

Lembre-se de trazer um registro atualizado de qualquer vacinação que você tenha recebido em sua consulta.

|  |
| --- |
| **DISCLAIMER**Todos os artigos, modelos ou informações fornecidos pelo Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fazemos representações ou garantias de qualquer tipo, expressas ou implícitos, sobre a completude, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade em relação ao site ou às informações, artigos, modelos ou gráficos relacionados contidos no site. Qualquer dependência que você deposita em tais informações está, portanto, estritamente em seu próprio risco. |