DATA	PA	HGT	PESO

Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social

saude@pmtcoroas.com.br

Controle: ( ) HAS
( ) DM

Nº:_____

Nome:_____

_____

Endereço:_____

_____

_____

Data Nasc.:_____/_____/_____

ANTECEDENTES

ANTEC. FAMILIARES ( ) SIM ( ) NÃO
DIABETES ( ) SIM ( ) NÃO
TABAGISMO ( ) SIM ( ) NÃO
SEDENTARISMO ( ) SIM ( ) NÃO
SOBREPESO/OBESIDADE ( ) SIM ( ) NÃO
ATIVIDADE FÍSICA ( ) SIM ( ) NÃO

QUAL?_____

_____

MEDICAÇÃO ATUAL:_____

_____

_____

ALTURA:_____

_____
MÉDICO ASSISTENTE

DATA	PA	HGT	PESO