



FICHA DE ANAMNESE SOCIAL - PEDIATRIA

Data: _____

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA DE ADMISSÃO: _____

PROCEDÊNCIA : () Demanda espontânea () Unidade de Saúde

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Filiação - Mãe: _____

Pai: _____

Situação ocupacional dos pais: _____

Sexo () Fem () Mas Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Natural de _____

Documento: (____) _____ CNS _____

Endereço: _____

ACS: _____ Telefone: (____) _____

Acompanhante: _____ Grau de parentesco: _____

2. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Situação conjugal dos Pais: _____

Possui Irmãos? _____ Quantos _____ pratica esporte/Lazer? _____

UBS - Unidade Básica de Saúde que frequenta: _____

A criança convive com: _____

Tipo de Habitação: () Própria () Alugada () Cedida () Casa de Avós Quantos Cômodo: _____

Renda Familiar: _____ Benefício Social: () Sim () Não BCP: () Sim () Não

Informações adicionais: _____

