

Carimbo e Vinheta do Médico

REGISTO DE ENTRADA

Beneficiário

Nº de Beneficiário _____

Idade _____

Nome _____

Educação Especial (para análise dos serviços clínicos internos dos SAMS)

1. Antecedentes pediátricos a realçar: _____

2. Situação clínica actual: _____

3. Meios complementares de diagnóstico já efectuados: _____

4. Orientação terapêutica aconselhada: _____

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo a sua responsabilidade, e autorizo que as mesmas e os dados pessoais sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos dos SAMS/SBN

O Sócio/Beneficiário Titular

Data ____ / ____ / ____

(Assinatura conforme B.I.)

Nome completo do Médico _____

Especialidade _____ Cédula Profissional das Ordem dos Médicos Nº _____

O SBN/SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que legitimamente, o solicitem por escrito.