

A transparência das respostas e a devolução deste questionário é necessária e indispensável para a realização dos atendimentos no projeto e estudos acadêmicos. Os dados clínicos poderão ser utilizados para estudos epidemiológicos e pesquisa acadêmica.

Nome: _____ Data de nascimento ____/____/____ Idade: ____

Endereço: _____ N° _____

Compl. _____ Bairro: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Você é: () Paciente () Responsável do paciente. Grau de parentesco? _____

DADOS DO RESPÓNSAVEL:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

CPF: _____ RG: _____

PROCEDENCIA:

() Assistência Social: _____ () Projeto Social em escola, CEU, CCA: _____

() Indicação Médica: _____ () Redes Sociais Outros: _____

1- ESTADO CIVIL

() Solteiro(a) () Casado(a) () União Estável () Divorciado(a) () Viúvo(a)

2- COR / ETNIA

() Branco () Pardo () Negro () Amarelo () Indígena

3- GRAU DE ESCOLARIDADE

() Ensino Fundamental () Ensino Médio/incompleto () Ensino Médio/Completo

() Ensino Superior/incompleto () Ensino Superior/completo

4- CIDADE E ESTADO NATAL: _____

5- CIDADE E ESTADO QUE VOCÊ MORA ATUALMENTE: _____

6- COMO VOCÊ MORA ATUALMENTE

() Em imóvel próprio () Em imóvel alugado – Valor do aluguel R\$ _____

() De favor () Outros: _____

7- QUAL SUA FONTE DE RENDA?

() Aposentado por tempo de serviço () Aposentado por invalidez () LOAS

() Desempregado () Autônomo () Empregado

*Qual profissão você exerce? _____

8- RENDIMENTO MENSAL INDIVIDUAL:

() Até 1 salário-mínimo () De 1 a 2 salários-mínimos () De 2 a 4 salários-mínimos () Nenhuma

*Valor em R\$: _____

9- RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR:

() Até 1 salário-mínimo () De 1 a 2 salários-mínimos

() De 2 a 4 salários-mínimos () Acima de 4 salários-mínimos Valor em R\$: _____

10- QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DESSA RENDA: _____

11- DISPÕE DE BENEFÍCIOS SOCIAIS (Bolsa Família, renda cidadão, programas de governo, outros)

() Não () Sim, Quais _____

12- QUEM MORA COM VOCÊ?

() Sozinho () Pai/Mãe () Esposa/Marido/Companheiro () Filhos – Se Sim Quantos Filhos _____

() Irmãos () Outros parentes () Amigos Total de pessoas na residência: _____

13- PRINCIPAL MEIO DE TRANSPORTE QUE VOCÊ UTILIZA

() A pé/carona/bicicleta () Transporte coletivo () Veículo Próprio(carro/moto)

14- QUAL SERVIÇO DE SAÚDE QUE VOCÊ UTILIZA

() Não Tenho Plano () SUS - Sistema Único de Saúde () Particular

() Associação Médica/cartão de benefício em atendimentos médicos. Qual? _____

15- QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA OFTALMOLÓGICA QUE VOCÊ FEZ

() Nunca () Entre 1 e 2 anos () Menos de 2 anos () Mais de 2 anos

16- QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA OFTALMOLOGICA DO SEU FILHO

() Nunca () Entre 1 e 2 anos () Menos de 2 anos () Mais de 2 anos

Atesto que as informações acima são verdadeiras.

Assinatura do paciente / responsável

Data ____/____/____