

m/m BAM



HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA
AV. JOÃO JASBICK, 520 - BAIRRO AEROPORTO - S.A. DE PÁDUA - RJ

BOLETIM DE ATENDIMENTO SOCIAL (BAS)

Nº de Atendimento : _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Cartão SUS : _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: M F

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Cor _____

Profissão _____ Estado Civil: _____

Filiação: _____

Responsável: _____ Telefone: _____

Portador de Necessidade Especial: SIM NÃO Especifique: _____

Endereço: _____

Nº de pessoas que residem com o paciente: _____ Nº pessoas com renda: _____

Tipo de Moradia: Própria Alugada Cedida Outros: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE

Como chegou:

Encaminhado Por: _____

Demanda Espontânea Indicação de outro usuário atendido pelo serviço social

Trazido por Viatura PM Bombeiros

Paciente Internado Localização _____

Faz Tratamento de Saúde Especifique: _____

Faz TFD Especifique: _____

Observações _____

Atendimento:

Objetivo: _____

Parecer Social: _____

Anotações: _____

Assinatura/Carimbo: _____