

**CONSULTÓRIO EXPERIMENTAL da SBPMA**  
**FICHA DE TRIAGEM – INFANTIL**

Nº

\_\_\_\_\_ (nome do cliente – por extenso)

**Data da inscrição:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Data de Atendimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I- Dados do paciente:**

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**II- Filiação**

Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Telefone de contato: \_\_\_\_\_  
Nome e idade dos irmãos: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Renda média familiar: \_\_\_\_\_

**Estrutura da família:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

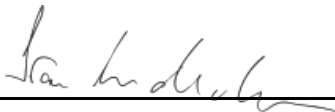
**III- Dados escolares**

Nome da escola: \_\_\_\_\_  
Série: \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nome do (a) Supervisor (a) \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_

**IV- Queixas:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V- Encaminhamento profissional: (Psiquiatra – caso precise)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Visto:  Visto: \_\_\_\_\_  
Diretor Geral da SBPMA Psicanalista em Formação  
Carimbo Unidade Estreito-Ma

Visto: \_\_\_\_\_  
Didata / Orientador