

Departamento Escolar de East Providence

Esta informação fará parte do ficheiro educacional do seu (sua) filho(a) e poderá ser partilhada com o pessoal escolar apropriado por razões educacionais e de segurança.

Nome do Aluno(a) _____ Data de Nascimento _____
Masculino ___ Feminino ___ Ano de Escolaridade: _____
Endereço _____ Telefone _____
Nome do Médico _____ Telefone _____ Dentista _____

QUESTÕES SOBRE SAÚDE/ HISTÓRIA DE SAÚDE

Por favor indique todos os problemas de saúde que o seu filho(a) possa ter e proporcione mais informação nas linhas em branco:

ALLERGIAS: (Allergies)

___ Comida ___ Insectos ___ Ambiente ___ Alergia a Medicamentos

O seu (sua) filho(a) já teve os seguintes sintomas alérgicos?

___ Erupção de Pele ___ Inchaço ___ Urticária ___ Dificuldade de Respiração
___ Vomitar ___ Diarreia ___ Reação Localizada

Foi-lhe prescrita uma injeção de emergência para alergias (Epipen) a ser administrada na escola? ___ Sim ___ Não

___ Outros medicamentos prescritos: _____

___ O meu filho(a) tem uma dieta especial: _____

___ O meu filho(a) deve tomar precauções quando exposto a produtos de que é alérgico na aula/refeitório: ___ Nada de Amendoins/Nozes na aula ou à mesa ___ Outros
Produtos _____

ASMA/PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS: (Asthma/Respiratory Conditions)

___ Factores que provocam o problema: _____

Necessita um Inalador na escola? (Inhaler) ___ Sim ___ Não

___ Tem constipações frequentes ___ Sangra pelo nariz ___ Tem frequentes infecções de garganta ___ Bronquites ___ Pneumonias

___ Outros _____

PROBLEMAS DE SANGUE: (Blood Disorders)

___ Doença nas células do sangue ___ Anemia ___ Hemofilia

___ Outras doenças no sangue/problemas: _____

___ Precauções/Restrições: _____

PROBLEMAS EMOCIONAIS/COMPORTAMENTO:(Emotional/Behavioral Concerns)

___ Hiper Actividade (ADHD)

___ Outros diagnósticos: _____

___ Tratamento/Medicação: _____

PROBLEMAS CONGÊNITOS: (Congenital Disorders)

Quistos Fibrosos Espinha Bífida (espinha biforcada)

Outros: _____

PROBLEMAS DENTÁRIOS: (Dental Concerns)

Cavidades múltiplas/Restauração Dentária com Amalgama (chubar dentes)

História de problemas com os dentes: _____

Usa aparelho (braces)/outra forma de correção: _____

Outros problemas dentários: _____

DIABETES: (Diabetes)

Tipo 1 Tipo 2

Necessita tomar medicamentos na escola: _____

O nível de açúcar precisa ser observado na escola: _____

MEDICAMENTOS: (Medications)

Tomar em casa: _____

Tomar na escola: _____

***** Todos os medicamentos a serem tomados na escola requerem ordem assinada pelo médico e autorização dos pais/encarregado de educação. Por favor consulte a enfermeira da escola**

APARELHO DIGESTIVO/PROCESSO DE ELIMINAÇÃO:

(Digestive/Elimination)

Frequentes dores de estômago

Opstipação Diarreia Problemas de control dos intestinos e da bechiga _____

Outros problemas/condições: _____

PROBLEMAS DO CORAÇÃO: (Heart Condition)

Tipo: _____

Restrições Físicas: _____

Outras Precauções: _____

DIFICULDADES COM A AUDIÇÃO: (Hearing Difficulties)

Perda de audição, tipo: _____

Frequentes infecções de ouvidos

Tubos nos ouvidos, presentemente no Ouvido direito Ouvido esquerdo

História de tubos nos ouvidos (removidos) Ouvido direito Ouvido esquerdo

Usa aparelho auditivo: _____

Necessita acomodações na sala de aula:

Deve sentar-se em lugar especial na aula: _____ Outra condição : _____

HOSPITALIZAÇÃO: (Hospitalization)

___ Razão: _____ Data: _____

___ Tratamento: _____

FERIMENTOS QUE REQUEREM ASSISTÊNCIA MÉDICA: (Injuries Requiring Medical Treatment)

___ Tipo de Ferimento: _____ Data: _____

___ Tratamento: _____

PROBLEMAS ÓSSIOS/CONDIÇÕES MUSCULARES E NECESIDADES DE MOBILIDADE: (Skeletal/Muscular Conditions and Mobility Needs)

___ Distrofia Muscular (Muscular Dystrophy)

___ Outras condições Musculares e dos ossos: _____

___ Veste/usa aparelho ortopédico: _____

___ Necessita cadeira de rodas

___ Acomodações na aula: _____

CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS: (Neurological conditions)

___ Dores de cabeça frequentes ___ Enxaquecas

___ Paralisia Cerebral ___ Outras Condições Neurológicas: _____

CONVULSÕES: (Seizure Conditions)

___ Mal maior “Grand Mal” ___ Mal menor “Petit Mal” ___ Complexo

___ Convulsões frequentes: _____

___ Data da última convulsão: _____

___ Medicamentos a tomar na escola: _____

CIRURGIAS: (Surgeries)

___ História de Cirurgias: Data: _____ Tipo: _____

___ Outras: _____

PROBLEMAS DE VISÃO: (Vision Problemas)

___ Dificuldade em ver: ___ ao longe ___ ao perto

___ Olho preguiçoso ___ Estrabismo

___ Usa: ___ óculos ___ lentes de contacto

___ Data do ultimo exame à vista: _____

Outras limitações ou condições de saúde que não foram incluídas nesta lista :

Assinatura dos Pais/ Encarregado de Educação: _____

Data: _____