

FRAMINGHAM PUBLIC SCHOOLS HISTÓRICO MÉDICO DO ESTUDANTE

Este formulário deve ser preenchido pelos pais ou responsáveis. Por favor, retorne este formulário preenchido para a enfermeira do seu filho.

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| Nome do Estudante | Data de Nascimento |
|--------------------------|---------------------------|

| HISTÓRICO MÉDICO | SIM | NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|------------------------|-----------|---------------------------------|-------------------|--|------------------------|----------------------|-----------------------|-------|--|-------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|
| Houve alguma preocupação com a gravidez, o parto ou nascimento? Se SIM, descreva. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O desenvolvimento da criança foi dentro dos limites normais? Se NÃO, por favor descreva. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho tem algum problema de saúde que a enfermeira precisa estar ciente? Se SIM, descreva. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho tem alguma alergia / sensibilidade / intolerância? Se SIM, descreva. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho tem receita médica para o uso de injetores Epi-pen na escola? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho toma medicação(s) regularmente? Se SIM, qual medicamento(s)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho já teve qualquer cirurgia(s)? Se SIM, descreva. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho já foi hospitalizado por qualquer motivo? Se SIM, descreva. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho tem um histórico de infecções de ouvido? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho tem um histórico de perda auditiva? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho usa aparelho auditivo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho tem um histórico de problemas de visão? Se SIM, descreva. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho usa óculos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho pode participar de todas as atividades escolares? Se NÃO, por favor descreva as acomodações ou modificações necessárias. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O seu filho recebeu assistência médica para qualquer um dos seguintes? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Asma</td> <td style="width: 25%;">Diabetes</td> <td style="width: 25%;">Saúde mental</td> <td style="width: 25%;">Enxaqueca</td> </tr> <tr> <td>Concussão/ machucados na cabeça</td> <td>Condição cardíaca</td> <td>Transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade</td> <td>Problemas de convulsão</td> </tr> <tr> <td>Transtorno sanguíneo</td> <td>Problemas ortopédicos</td> <td>Outro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acidentes/trauma sérios</td> <td>Problemas de intestino ou bexiga</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Asma | Diabetes | Saúde mental | Enxaqueca | Concussão/ machucados na cabeça | Condição cardíaca | Transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade | Problemas de convulsão | Transtorno sanguíneo | Problemas ortopédicos | Outro | | Acidentes/trauma sérios | Problemas de intestino ou bexiga | | | | |
| Asma | Diabetes | Saúde mental | Enxaqueca | | | | | | | | | | | | | | | |
| Concussão/ machucados na cabeça | Condição cardíaca | Transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade | Problemas de convulsão | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transtorno sanguíneo | Problemas ortopédicos | Outro | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acidentes/trauma sérios | Problemas de intestino ou bexiga | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data do último exame físico | Data da última consulta dental | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura do Pai ou Responsável legal | Data | | | | | | | | | | | | | | | | | |