



Framingham Public Schools

DEPARTMENT OF HEALTH AND WELLNESS
73 Mount Wayte Avenue, Suite 5, Framingham, MA. 01072
Telephone: 508-626-9197 Fax: 508-877-3243

Informações de Saúde Requeridas Matrícula Para o Kindergarten

Por favor, traga as seguintes informações, incluindo os formulários preenchidos, quando vier para fazer a matrícula:

Exame Físico:

- Uma cópia do exame físico mais recente (DEVE TER SIDO dentro dos últimos 12 meses)
- Exame pré-escolar de visão (do pediatra, (DEVE TER SIDO dentro dos últimos 12 meses)

Vacinas:

- 5 doses de DTaP
- 4 doses de Polio
- 3 doses de Hepatite B
- 2 doses de MMR
- 2 doses de Varicella ou atestado do médico documentando histórico de catapora

Formulários de Saúde Preenchidos:

- Formulário de Informações de Emergência
- Formulário de Histórico de Saúde

Testes:

- Teste de Chumbo
- Tuberculose (TB) teste e resultado ou Formulário de Avaliação de Risco preenchido

Em caso que sua criança não foi consultada por uma enfermeira na hora da matrícula, por favor siga as instruções abaixo:

Por favor, chame para a escola designada para encontrar-se com a enfermeira. Preencher todos os formulários. Traga formulários e documentação de imunização. A enfermeira vai rever as informações de saúde de sua criança. Sua criança pode começar a escola assim que todas as informações de saúde forem revisadas e completas.

Obrigado pela sua colaboração.



Framingham Public Schools

DEPARTMENT OF HEALTH AND WELLNESS
73 Mount Wayte Avenue, Suite 5, Framingham, MA. 01072
Telephone: 508-626-9197 Fax: 508-877-3243

O médico das Escolas Públicas de Framingham, com a aprovação do Comitê Escolar, e de acordo com os regulamentos do Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (105 CMR 210.00) autorizou as enfermeiras do distrito escolar a administrarem os seguintes medicamentos sem prescrição médica durante o horário escolar:

IBUPROFEN (Advil, Motriz)-para dor de cabeça o corpo o cólica menstrual
ACETAMINOPHEN (Tylenol)-para dor de cabeça o corpo o cólica menstrual
BENADRYL- para alergias
TUMS/MALOS- para dor de estômago
Visine Allergy Relief- para alergias dos olhos

Para garantir a administração segura desses medicamentos nos estudantes durante o dia escolar, a enfermeira terá que:

- Verificar as condições do estudante, a lista de medicamentos recentes, histórico de alergias e avaliação da necessidade do medicamento.
- Rever o formulário de consentimento assinado pelos pais, o qual é válido por um ano escolar.
- Ligar para os pais/responsáveis para confirmar, quando necessário, o horário da última dose administrada.
- Administrar a dosagem correta de acordo com a orientação médica.
- Registrar a administração de remédios no livro de visitas á enfermaria.
- Contactar pais/ responsáveis que tenham requerido uma notificação sobre a medicação administrada durante o dia na escola.

Os Remédios Serão Fornecidos pelo Serviço de Saúde da Escola.

Dou o meu consentimento para a enfermeira da escola administrar os seguintes medicamentos durante o dia escolar se for preciso.

Por favor, marque os medicamentos com os quais você está de acordo:

IBUPROFEN ACETAMINOPHEN BENADRYL TUMS/MAALOX VISINE ALLERGY
RELEIF

Escola: _____
Nome do Estudante: _____ Data de Nasc: _____
Assinatura dos Pais: _____ Data: _____
Número(s) do(s) Telefone(s) dos Pais:
(Trab.) _____ (cel.) _____ (casa) _____

Por favor avise-me quando medicação sem prescrição médica for administrada em minha criança durante o dia na escola. Sim _____ Não _____

Comentários:



Framingham Public Schools

DEPARTMENT OF HEALTH AND WELLNESS
73 Mount Wayte Avenue, Suite 5, Framingham, MA. 01072
Telephone: 508-626-9197 Fax: 508-877-3243

Orientação Para O Teste de Tuberculose No Conselho De Saude De Framingham

Questionário Para Identificar Crianças Suscetíveis à Tuberculose

NOME: _____ NASC.: _____ DATA: _____
Enderço _____

- 1) Porque fazer o exame/teste de Tuberculose? _____
- 2) Sua criança nasceu fora dos Estados Unidos? _____ Aonde? _____
- 3) Sua criança morou fora dos Estados Unidos? _____ Por quanto tempo? _____
- 4) Sua criança já foi testada para tuberculose? _____ Se a resposta for não, prossiga para a pergunta N°6
Onde? _____ Quando? _____ Qual foi o resultado? _____
- 5) Sua criança viajou para fora do país depois de fazer o teste? _____
a) Se a resposta foi Sim, sua criança foi testada depois que retornou para os Estados Unidos? _____
Qual foi o resultado? _____
- 6) Sua criança já morou ou passou o tempo com alguém que poderia ter/tem Tuberculose? _____
- 7) Tem alguém que mora na sua casa que já foi testado positivo para Tuberculose através de um exame de pele? _____
- 8) Tem alguém que mora na sua casa que veio de um outro país? _____
- 9) A sua criança já morou ou passou o tempo com adultos que:
 - a) Não tinham local para morar, foram mendigos ou viveram em uma casa de abrigo? _____
 - b) Tem AIDS ou é infectado pelo vírus HIV? _____
 - c) Usaram drogas das ruas ou intravenosas? _____
 - d) Mora em facilidades correcionais, asilos ou instituições mentais? _____

Para Uso Somente do Escritorio.

Resultado de teste anterior _____ . Data _____ . Realizado no _____ .
Paciente é _____ não é _____ um candidato para o teste de Tuberculose.

_____ RN

**ESCOLAS PÚBLICAS DE FRAMINGHAM
SERVIÇO DE SAÚDE ESCOLAR
Informação do(a) Estudante em Caso de Emergência**

A informação sobre o contato em caso de emergência do(a) estudante deve ser correta e atualizada. Por favor entre em contato com a enfermeira de sua escola no caso de alguma mudança.

Nome do(a) Estudante: _____ Escola: _____ Série: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Data de Nascimento: _____ Local: _____

Nome dos Pais: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

Empregador: _____ Cel: _____
Telefone: _____

Nome dos Pais: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

Empregador: _____ Cel: _____
Telefone: _____

Em caso de algum problema, se os pais não conseguirem ser contactados, a escola está autorizada a contactar:

Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

Se acontecer alguma doença séria ou um acidente, por favor ligue para o médico de minha criança:

Dr: _____ Telefone: _____

Em caso de enfermidade com o dente que precise de cuidados de emergência, favor ligar para o dentista de minha criança:

Dentista: _____ Telefone: _____

Dou minha permissão para compartilhar as informações de saúde de minha criança com os funcionários da escola que precisem saber? Sim Não

Você tem seguro de saúde? Sim Não

Seguradora: _____

Você precisa de informação sobre os planos de seguro de saúde de Massachussetts? Sim Não

Se precisa, em qual língua _____? Você precisa de ajuda para completar o formulário de seguro? Sim Não

Numa situação de emergência o qual os pais nao possam ser contactados, autorizo a escola a obter tratamento médico de emergência para minha criança.

Comentários ou informações adicionais: _____

Assinatura dos Pais/Responsáveis _____

_____ Data

**ESCOLAS PÚBLICAS DE FRAMINGHAM
SERVIÇO DE SAÚDE ESCOLAR
Informação do(a) Estudante em Caso de Emergência**

A informação sobre o contato em caso de emergência do(a) estudante deve ser correta e atualizada. Por favor entre em contato com a enfermeira de sua escola no caso de alguma mudança.

Nome do(a) Estudante: _____ Escola: _____ Série: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Data de Nascimento: _____ Local: _____

Nome dos Pais: _____ Endereço: _____ Telefone: _____
Cel: _____

Empregador: _____ Telefone: _____

Nome dos Pais: _____ Endereço: _____ Telefone: _____
Cel: _____

Empregador: _____ Telefone: _____

Em caso de algum problema, se os pais não conseguirem ser contactados, a escola está autorizada a contactar:

Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

Se acontecer alguma doença séria ou um acidente, por favor ligue para o médico de minha criança:

Dr: _____ Telefone: _____

Em caso de enfermidade com o dente que precise de cuidados de emergência, favor ligar para o dentista de minha criança:

Dentista: _____ Telefone: _____

Dou minha permissão para compartilhar as informações de saúde de minha criança com os funcionários da escola que precisem saber? Sim Não

Você tem seguro de saúde? Sim Não

Seguradora: _____

Você precisa de informação sobre os planos de seguro de saúde de Massachussetts? Sim Não

Se precisa, em qual língua _____? Você precisa de ajuda para completar o formulário de seguro? Sim Não

Numa situação de emergência o qual os pais não possam ser contactados, autorizo a escola a obter tratamento médico de emergência para minha criança.

Comentários ou informações adicionais: _____

Assinatura dos Pais/Responsáveis

Data

A SUA CRIANÇA TEM ALGUM PROBLEMA COM:

	Sim	Não
Visão:	_____	_____
Fala:	_____	_____
Audição:	_____	_____
Ouvidos: infecções/dores freqüentes	_____	_____
Dores de garganta freqüentes	_____	_____
Amígdalas inchadas ou adenóides	_____	_____
Sangramento nasal freqüente	_____	_____
Sinusite	_____	_____
Problemas com os dentes	_____	_____
Peso acima da média	_____	_____
Peso abaixo da média	_____	_____
Sempre com sede	_____	_____
Dores de cabeça freqüentes	_____	_____
Tonteira ou desmaios	_____	_____
Crises de nervo	_____	_____
Mudanças de humor	_____	_____
Problemas de pele	_____	_____
Dores no peito	_____	_____
Palpitação	_____	_____
Tosse constante	_____	_____
Fadiga	_____	_____
Dores de estômago	_____	_____
Constipação crônica	_____	_____
Diarréia crônica	_____	_____
Urina solta	_____	_____
Queimação ao urinar	_____	_____
Juntas rígidas, doloridas, inchadas	_____	_____
Problemas como movimentos/andar	_____	_____
Dormência, formigação, fraqueza	_____	_____
Sono	_____	_____
Uso de drogas, álcool ou tabaco	_____	_____
Comportamentos de risco	_____	_____

Se sim, favor descrever e dar o nome do médico, se houver _____

ACIDENTE/TRAUMA

TIPO DE TRAUMA _____ **HOSPITAL** _____ **DATA** _____

HOSPITALIZADO POR ALGUMA OUTRA RAZÃO OU ENFERMIDADE Sim ___ Não ___

Problema	Hospital	Data
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MENSTRUACÃO:

A SUA FILHA JÁ MENSTRUOU?

Sim ___ Não ___

Idade da primeira menstruação _____

Descrever qualquer problema ou preocupação _____

Ela toma medicamento para aliviar o desconforto ou irregularidade?

Sim ___ Não ___ Qual medicamento? _____

A SUA CRIANÇA USA ALGUM APARELHO OU EQUIPAMENTO?

	SIM	NÃO
Lentes de contato	_____	_____
Óculos	_____	_____
Aparelho de audição	_____	_____
Muletas	_____	_____
Aparelho nos braços, pernas ou costas	_____	_____
Cadeiras de roda	_____	_____
Aparelho nos dentes	_____	_____
Tubos	_____	_____
Inhalante ou nebulizador	_____	_____
Bomba de insulina	_____	_____
Oxigênio	_____	_____
Caterizador (para urinar)	_____	_____
Outro, favor descrever: _____		

A SUA CRIANÇA PODE PARTICIPAR DE TODAS AS ATIVIDADES ESCOLARES? Sim ___ Não ___

Se não, favor explicar: _____

ALGUÉM NA FAMÍLIA DA SUA CRIANÇA TEM UMA HISTÓRIA DE:

	Sim	Não	Parentesco
Asma	_____	_____	_____
Tuberculose	_____	_____	_____
Convulsões	_____	_____	_____
Diabete	_____	_____	_____
Problemas de coração	_____	_____	_____
Obesidade	_____	_____	_____

Assinatura dos Pais/Responsáveis _____ Data _____