



# 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

---

Abaixo você encontra as informações de saúde oficiais requeridas para cada estudante ingressando nas series de 1 a 12 das Escolas Públicas de Framingham. Para começar a frequentar a escola, a sua criança necessitará da seguinte documentação:

Exame Físico:

- Uma cópia do exame físico mais recente (DEVE TER SIDO dentro dos últimos 12 meses)

SÉRIES 1-6:

- DTaP/DTP (Difteria, Tétano, Pertussis)/Td/Tdap – 3 a 5 doses dependendo da idade e do histórico de vacinação
- Pólio – 3 ou mais doses
- MMR (caxumba, sarampo, rubéola) -2 doses
- 3 doses de HEPATITE B
- Varicela – 2 doses de Varicela ou atestado do médico documentando histórico de catapora
- Teste de chumbo (abaixo de 4 anos: teste no dedo, acima de 4 anos: exame de sangue)
- TB- Resultado do Teste (Tuberculose) ou Formulário de Avaliação de Risco preenchido (branco)

SÉRIES 7-12:

- DTaP/DTP (Difteria, Tétano, Pertussis)/Td/Tdap – 3 a 5 doses dependendo da idade e do histórico de vacinação
- Tdap – Uma dose (uma dose de Tdap é requerida para a entrada nas séries 7-12)
- Pólio – 3 ou mais doses
- Varicela- 2 doses de Varicela ou atestado do médico documentando histórico de catapora
- MMR (caxumba, sarampo, rubéola) - 2 doses
- 3 doses de HEPATITE B
- Tuberculose- Resultado do Teste (TB) ou Formulário de Avaliação de Risco preenchido

Complete os formulários abaixo:

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

Quando você souber em qual escola a sua criança irá estudar, por favor marque um horário com a enfermeira escolar. **Preencha todos os formulários e traga-os junto com a documentação de vacinação.** A enfermeira irá revisar as informações sobre a saúde da sua criança. A sua criança poderá começar a frequentar a escola assim que todas as informações de saúde forem recebidas.

Obrigado pela sua cooperação.



# 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: \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_

- 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 Escritório.

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: \_\_\_\_\_

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 Massachusetts?  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 \_\_\_\_\_