

NORWOOD PUBLIC SCHOOLS

**HISTÓRICO DE SAÚDE**

Nome do Aluno \_\_\_\_\_

Série \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

**A sua criança tem quaisquer dos seguintes problemas?**

- \_\_\_\_ Alergia
- \_\_\_\_ Asma, respiração ofegante
- \_\_\_\_ Diabete
- \_\_\_\_ Convulsões
- \_\_\_\_ Última convulsão \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Problema coronário
- \_\_\_\_ Problema de audição
- \_\_\_\_ Problema de visão
- \_\_\_\_ Problema Dentário
- \_\_\_\_ Problema ósseo /articulação
- \_\_\_\_ Distúrbios do estômago / GI
- \_\_\_\_ Distúrbios hemorrágicos
- \_\_\_\_ Dor de cabeça / enxaqueca
- \_\_\_\_ Nascimento Prematuro
- \_\_\_\_ Semanas de Gestação \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Outras doenças crônicas
- \_\_\_\_ Outro histórico significativo, incluindo  
saúde física, comportamental ou mental  
problemas

**Favor detalhar as condições acima:**

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

**A sua criança tem quaisquer dos seguintes problemas?**

- \_\_\_\_ Acidentes Sérios
- \_\_\_\_ Operações
- \_\_\_\_ Ossos Fraturados
- \_\_\_\_ Lesão grave na Cabeça
- \_\_\_\_ Hospitalização

**Favor detalhar as condições acima:**

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

**A sua criança sabe usar o banheiro?** \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

**A sua criança usa qualquer um dos seguintes?**

- Lentes de contato, óculos, aparelho auditivo, tubos auriculares,
- muletas, suspensório para braço, perna ou costas, aparelho
- dental, cadeira de rodas

**Favor Especificar** \_\_\_\_\_

**Outro** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sua criança já teve uma reação alérgica a picada de de inseto, alimentos, medicamentos?**

Qual \_\_\_\_\_  
Quando \_\_\_\_\_  
O quê aconteceu? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A sua criança toma medicamento diariamente?**

Nome do Medicamento \_\_\_\_\_  
Para qual finalidade \_\_\_\_\_  
  
Nome do Medicamento \_\_\_\_\_  
Para qual finalidade \_\_\_\_\_

**A sua criança pode participar de todas as atividades na escola?**

Se "NÃO" favor explicar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Podemos compartilhar a informação acima com o pessoal da escola?**

\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

Por favor, chame a enfermeira da escola com qualquer dúvida ou para discutir quaisquer das informações acima.

Provedor de Seguro de Saúde \_\_\_\_\_

Nome do Médico \_\_\_\_\_

Nome do Dentista \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais/Tutores

\_\_\_\_\_  
Data