

WESTBOROUGH PUBLIC SCHOOLS
HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO (Pré-escolar – 3º Ano)
STUDENT HEALTH HISTORY (Pre K – Grade 3)

Consentimento Informado do Histórico de Saúde
Health History Informed Consent

A divulgação de informações de saúde do aluno dentro da escola é limitada às informações necessárias para satisfazer a saúde ou ao interesse educacional do aluno. A sua assinatura é um consentimento informado para partilhar essas informações do histórico de saúde com a equipa da escola, com base na necessidade de saber, para o sucesso académico e planos de emergência, conforme determinado pelo enfermeiro.

The disclosure of student health information within the school is limited to the information necessary to serve the student's health or educational interest. Your signature is an informed consent to share this health history information with school staff on a need-to-know basis for academic success and emergency plans, as determined by the nurse.

Assinatura dos Pais/Tutor
Parent/Guardian Signature

Data
Date

Nome do Aluno _____ Alcunha _____ ☐ Masculino ☐ Feminino
Student's Name _____ Nickname _____ Male Female

Endereço de Casa: Rua _____ Apt. _____
Home Address: Street Apt.

Cidade _____ Estado _____ CP _____
City State Zip

Telefone (____) _____ Data de Nascimento _____
Phone Date of Birth

Quem preenche o questionário? ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Outro: _____
Who is completing this questionnaire? Mother Father Other

Médico/Enfermeiro/Médico Assistente _____ Telefone _____
Doctor/NP/PA Phone

Dentista _____ Telefone _____
Dentist Phone

Seguro de Saúde _____ Apólice N°. _____
Health Insurance Policy#

DETALHES DA FAMÍLIA
FAMILY INFORMATION

Nome do Pai/Mãe/Tutor _____
(Assinale o parentesco com o aluno)
Father/Mother/Guardian Name
(Please circle relationship to student)

Endereço de Casa: Rua _____ Apt. _____
(Se diferente do acima)
Home Address: Street Apt.
(If different from above)

Cidade _____ Estado _____ CP _____
City State ZIP

Profissão _____ N°. do Trabalho (____) _____
Occupation Work #

Telemóvel/Pager # (____) _____ Email: _____
Cell/Pager# Email:

Nome do Pai/Mãe/Tutor _____

(Assinale o parentesco com o aluno)

Father/Mother/Guardian Name

(Please circle relationship to student)

Endereço de Casa: Rua _____ Apt. _____

(Se diferente do acima)

Home Address: Street _____ Apt. _____

(If different from above)

Cidade _____ Estado _____ CP _____

City _____ State _____ ZIP _____

Profissão _____ N°. do Trabalho (____) _____

Occupation _____ Work # _____

Telemóvel/Pager # (____) _____ Email: _____

Cell/Pager# _____ Email: _____

Com quem vive a criança? ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Outro: _____

With whom does the child reside? Mother Father Other

Existe histórico familiar de doenças crónicas, dificuldades de aprendizagem, problemas de saúde, etc?

Is there a family history of chronic illness, learning disabilities, health issues, etc?

☐ Não ☐ Sim

No Yes

Se sim, por favor especifique: _____

If yes, please explain:

HISTÓRIA DE SAÚDE DA CRIANÇA

CHILD HEALTH HISTORY

Existiu algum problema significativo durante a gravidez? ☐ Não ☐ Sim

Were there any significant problems during pregnancy? No Yes

Se sim, por favor especifique: _____

If yes, please explain:

Duração da gravidez: _____ semanas _____ Peso ao nascer: _____ libras _____ onças

Length of pregnancy: _____ weeks _____ Birth Weight _____ lbs. _____ oz.

Existiu alguma complicação que tenha ocorrido durante ou após o nascimento? ☐ Não ☐ Sim

Were there any complications that occurred during or after birth? No Yes

Se sim, por favor especifique: _____

If yes, please explain:

Existe alguma outra informação que deseje partilhar sobre o histórico de nascimento desta criança? (por exemplo, adoção)

Is there any other information you'd like to share about this child's birth history? (i.e. adoption)

Com que idade o seu filho fez o seguinte: Sentar _____ Gatinhar _____ Andar _____

At what age did your child do the following: Sit _____ Crawl _____ Walk _____

Primeira palavra _____ Frase _____ Treino de WC: Dia _____ Noite _____

First Word _____ Sentence _____ Toilet Trained: Day _____ Night _____

O seu filho já teve algum ferimento, doença ou hospitalização significativa? ☐ Não ☐ Sim
Has your child ever had any significant injuries, illness, or hospitalizations? No Yes

Se sim, por favor especifique: _____
If yes, please explain:

O seu filho possui alergias? ☐ Não ☐ Sim
Does your child have any allergies? No Yes

Se sim, por favor especifique: _____
If yes, please explain:

Por favor, descreva quaisquer outras preocupações de saúde (por exemplo, asma, diabetes, problemas cardíacos, convulsões, problemas psiquiátricos ou comportamentais)
Please describe any other health concerns (i.e. asthma, diabetes, cardiac, seizures, psychiatric or behavioral concerns)

O seu filho já foi avaliado devido a problemas de visão? ☐ Não ☐ Sim
Has your child been evaluated for vision problems? No Yes

Se sim, por favor especifique: _____
If yes, please explain:

O seu filho usa óculos? ☐ Não ☐ Sim
Does your child wear glasses? No Yes

O seu filho teve infecções frequentes nos ouvidos? ☐ Não ☐ Sim
Has your child had frequent ear infections? No Yes

Se sim, por favor especifique: _____
If yes, please explain:

O seu filho já foi avaliado devido a problemas auditivos? ☐ Não ☐ Sim
Has your child ever been evaluated for hearing problems? No Yes

Se sim, por favor especifique: _____
If yes, please explain:

O seu filho encontra-se atualmente a tomar algum medicamento? ☐ Não ☐ Sim - especifique:
Is your child presently taking any medications? No Yes – please indicate

Nome do Medicamento _____	Dose _____	Hora da toma _____
Name of Medication	Dose	Time given

Nome do Medicamento _____	Dose _____	Hora da toma _____
Name of Medication	Dose	Time given

Nome do Medicamento _____	Dose _____	Hora da toma _____
Name of Medication	Dose	Time given

A criança encontra-se atualmente sob os cuidados de um médico, para além das consultas de rotina?
Is this child presently under care of a physician, other than for regular check-ups?

☐ Não ☐ Sim
No Yes

Se sim, por favor especifique: _____
If yes, please explain:

Existe alguma restrição nas atividades desta criança? ☐ Não ☐ Sim
Are there any restrictions on this child's activities? No Yes

Se sim, por favor especifique: _____
If yes, please explain:

Existe mais alguma coisa sobre a saúde desta criança que gostaria de partilhar?
Is there anything else about this child's health that you would like to share?

Assinatura dos Pais/Tutor
Parent/Guardian Signature

Data
Date