

Preencha este formulário se sua criança tiver problemas de saúde novos ou atualizados, a escola deve estar ciente do:

Nome da criança: _____ Data de nascimento: _____ Ano/Série: _____

School: _____ Ano escolar: _____ Plano de Saúde: ☐ SIM ☐ NÃO

Nome do Provedor de Saúde: _____ Telefone: _____

☐ NENHUMA CONDIÇÃO CONHECIDA ☐ INTÉRPRETE NECESSÁRIO Idioma: _____

Condições de saúde com risco de vida ☐ SIM ☐ NÃO

- ☐ Anafilaxia (epinefrina prescrita)
- ☐ Alérgenos: _____
- ☐ Diabetes: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2
- ☐ Convulsões – (Medicação de emergência necessária)
- ☐ Asma – grave
- ☐ Outra condição de risco de vida: _____

**A lei estadual exige que os alunos com condições de risco de vida tenham um plano de cuidados concluído e tenham medicamentos em vigor.*

Respiratório/Respiração

- ☐ Asma-atualmente
- ☐ Asma- já diagnosticado no passado
- ☐ Asma-exercício induzido
- ☐ Doença reativa da via aérea
- ☐ Outras condições respiratórias _____

Olhos / ouvidos

- ☐ Deficiência auditiva
- ☐ Infecções de ouvido frequentes
- ☐ Usa óculos ou lente de contato
- ☐ Outro: _____

Alergia, nutricional

- ☐ Alergia - Alimentos: _____
- ☐ Alergia-inseto: _____
- ☐ Alergia - Mofo, poeira, pólen. Descrever: _____
- ☐ Alergia- Medicação: _____
- ☐ Alergia a outros: _____

Gastrintestinal (Digestivo)

- ☐ Doença celíaca
- ☐ Intolerância alimentar (incluindo preferência religiosa): _____
- ☐ Constipação crônica ☐ Encoprese
- ☐ Refluxo gástrico ☐ Queimaduras ☐ Doença do Refluxo Gastroesofágico
- ☐ Preocupações com a alimentação: _____
- ☐ Outras questões digestivas: _____

Saúde Mental ou Comportamental

- ☐ Ansiedade
- ☐ Depressão
- ☐ Distúrbio do sono
- ☐ Outra Saúde Mental ou Comportamental
- ☐ Condição: _____
- ☐ Atualmente recebendo terapia. Frequência: _____

Sistema Nervoso (Cérebro)

- ☐ TDAH/Deficit de Atenção data do diagnóstico : _____
- ☐ Espetro do autismo ☐ dores de cabeça, recorrentes
- ☐ Convulsões, Tipo: _____
- ☐ Traumatismo craniano/Concussão.
Data da lesão: _____
- ☐ Outra condição neurológica: _____

Sangramento

- ☐ Hemorragias nasais frequentes
- ☐ Outra condição de sangue: _____

Ossos / Atividade Física

- ☐ Condição: _____
- ☐ Cadeira de rodas, muletas, aparelho: _____
- ☐ Quaisquer ossos quebrados recentes ou outras lesões
- ☐ Mobilidade _____

Cardíaco / coração / fluxo sanguíneo

Descreva: _____

Medicamentos Minha criança necessita de medicação na escola para o ano letivo atual: ☐ SIM ☐ NÃO

Medicamentos em casa: ☐ SIM ☐ NÃO

Medicação: _____

Internações ou cirurgias recentes. Descreva: _____

Outras preocupações de saúde ou informações não listadas: _____

As informações fornecidas são mantidas em estrita confiança e só serão compartilhadas com funcionários da escola adequados que precisam saber para garantir a saúde e a segurança do aluno. É da responsabilidade dos pais/responsáveis notificar o enfermeiro da escola em caso de problemas de saúde ou alterações das condições, e enviar correspondências, conforme necessário, do médico da criança em relação à(s) sua(s) condição(s).

Assinatura: _____ Nome impresso: _____ Data: _____