

ESCOLAS PÚBLICAS DE WESTBOROUGH
HISTÓRICO DE SAÚDE DO ALUNO (Pré-escola – 3º ano)

A triagem de exames de visão é realizada a partir do pré-escolar e do 1º ao 3º ano. Os exames de audição são realizados a partir do jardim de infância até o 3º ano. As medições de altura e peso são realizadas no 1º ano. Por favor, avise a enfermeira da escola se você não quiser que seu filho participe de algum desses exames obrigatórios.

Nome do aluno _____ Data de Nascimento _____

Endereço _____ Telefone residencial _____

Pai/Responsável _____ Pai/Responsável _____

Pode-se dispensar o aluno: ☐ E ☐ N Pode dispensar o aluno: ☐ E ☐ N

Empregador _____ Empregador _____

Telefone comercial _____ Telefone comercial _____

Celular _____ Celular _____

A criança vive com _____ Língua falada em casa _____

Irmãos/idades _____

CONTATOS DE EMERGÊNCIA (Adultos locais que cuidarão do seu filho caso você não possa ser contatado)

Nome _____ Relação _____ Telefone _____

Nome _____ Relação _____ Telefone _____ - _____

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Médico/Enfermeiro(a) Assistente Médico(a) _____ Telefone _____

Dentista _____

Telefone _____

Seguradora de saúde _____ Número da apólice _____

Caso não possua plano de saúde, entre em contato com a enfermeira da escola para obter informações sobre os programas disponíveis em Massachusetts.

Existe histórico familiar de doenças crônicas, problemas de saúde mental, dificuldades de aprendizagem, problemas de saúde, etc.? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

HISTÓRICO DE SAÚDE INFANTIL

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

Em caso afirmativo, explique: _____

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

Houve alguma complicação durante ou após o parto? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

Há alguma outra informação que gostaria de compartilhar sobre o histórico de nascimento desta criança? (ex.: adoção) _____

Com que idade seu filho fez o seguinte: Sentar _____ Engatinhar _____ Andar _____
Diga a primeira palavra deles _____ Diga a primeira frase deles _____
Aprenda a usar o banheiro: Dia _____ Noite _____

QUESTÕES DE SAÚDE MÉDICA/MENTAL: (tais como asma, diabetes, problemas cardíacos, convulsões, enxaquecas, ansiedade, depressão, TDAH, problemas comportamentais, etc. (Por favor, anexe páginas adicionais, se necessário):

Seu filho já teve alguma lesão, doença ou internação hospitalar significativa? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

Seu filho tem alguma alergia? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

Seu filho(a) possui uma EpiPen para alergias graves? ☐ Não ☐ Sim

Seu filho segue alguma dieta especial relacionada a alergias, intolerâncias ou algum problema de saúde?

☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

Seu filho já foi avaliado para problemas de visão? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

Seu filho usa óculos? ☐ Não ☐ Sim

O seu filho(a) costumava ter infecções de ouvido com frequência? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

Seu filho já foi avaliado para problemas de audição? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

Seu filho está tomando algum medicamento atualmente? ☐ Não ☐ Sim - por favor, indique:

Nome do medicamento _____ Dose _____ Horário de tomar _____

Nome do medicamento _____ Dose _____ Horário de Tomar _____

Nome do medicamento _____ Dose _____ Horário de tomar _____

Se seu filho precisar de medicamentos ou qualquer tratamento especial durante o período escolar, entre em contato com a enfermeira escolar. Exigimos uma prescrição médica assinada por um profissional de saúde habilitado/Médico e a autorização dos pais para qualquer tratamento ou medicamento administrado na escola (exceto nos casos indicados abaixo).

Esta criança está atualmente sob os cuidados de um médico, além das consultas de rotina?

☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

Há alguma restrição às atividades desta criança? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, explique: _____

Há mais alguma informação sobre a saúde dessa criança que você gostaria de compartilhar?

CONSENTIMENTO DOS PAIS para MEDICAMENTOS DE VENDA LIVRE (durante o horário escolar)

Autorizo a enfermeira escolar a fornecer e administrar os seguintes medicamentos de venda livre ao meu filho(a), conforme necessário, com base na avaliação de enfermagem:

Acetaminofeno (Tylenol): Para desconforto muscular leve a moderado, cólicas menstruais, dor de dente, Dor de cabeça, febre baixa. (Observação: Qualquer aluno com temperatura superior a 37,8 °C)100 °F deve ser (dispensado para um dos pais ou contato de emergência). Dose máxima: 650 mg.

☐ Sim ☐ Não

Ibuprofeno (Advil, Motrin, Nuprin): Para desconforto muscular leve a moderado, cólicas menstruais, Dor de dente, dor de cabeça, febre baixa. (Observação: Qualquer aluno com temperatura superior a 37,8 °C/100,0°F deve ser dispensado a um dos pais ou a um contato de emergência). Dose máxima: 400 mg.

☐ Sim ☐ Não

Tums (carbonato de cálcio):Para indigestão e problemas estomacais. Dose máxima: 1 a 2 comprimidos de potência regular.

☐ Sim ☐ Não

Pastilhas para a garganta:Para dor de garganta e tosse. Dose máxima: 1 a 2 comprimidos por día.

☐ Sim ☐ Não

Assinatura do pai/mãe/responsável _____ **Data** _____

- Autorizo a enfermeira a prestar primeiros socorros básicos, que podem incluir a aplicação de antibiótico, pomadas ou produtos para cuidados com a pele, como um sabonete suave, loção para as mãos ou loção com Caladryl, aloe vera ou lidocaína.
- Autorizo a enfermeira a compartilhar informações relevantes com os funcionários escolares apropriados para atender às necessidades de saúde e de segurança do meu filho.
- Em caso de acidente ou doença grave, solicito que a enfermeira escolar entre em contato comigo. Caso não seja possível o contato comigo ou com os contatos de emergência listados, autorizo a escola a contatar o médico do meu filho(a). Se for necessário, a escola ligará para o serviço de emergência **(911)** e encaminhará o meu filho, acompanhado por um representante da escola, para atendimento de emergência no hospital. A escola não assumirá responsabilidade por quaisquer despesas médicas ou hospitalares decorrentes desse atendimento.

Assinatura do pai/mãe/responsável _____ **Data** _____