



WORTHINGTON SCHOOLS

FORMULÁRIO DE HISTORIAL DE SAÚDE DO ALUNO

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

Nome do aluno: _____ Data atual: _____

Série: _____ Data de nascimento: _____ Masculino Femenino

Endereço do aluno:

Rua _____ Cidade _____ Código postal _____

Pai/mãe/guardião: _____

Telefone: _____ Irmãos _____

MEDICAMENTOS

Lista de medicamentos que o aluno toma diariamente /motivo:

1. _____ / _____ 2. _____ / _____

3. _____ / _____ 4. _____ / _____

ALERGIAS Sim (Marque o tipo de alergia abaixo) Nenhuma conhecida

Nome/Tipo	Reação	Tratamento
Comida _____	_____	_____
Abelhas/Avispas _____	_____	_____
Medicamentos _____	_____	_____
Ambientais _____	_____	_____
Animais _____	_____	_____

O médico tem prescrito uma caneta EPIPEN para alguma das alergias mencionadas previamente?

SIM

NÃO

HISTORIAL DE SAÚDE

<input type="checkbox"/> ADD/ADH	<input type="checkbox"/> Fibrose cística	<input type="checkbox"/> Problemas menstruais	<input type="checkbox"/> Problemas na pele
<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Atrasos no desenvolvimento	<input type="checkbox"/> Problemas de saúde mental	<input type="checkbox"/> Problemas estomacais
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enxaquecas	<input type="checkbox"/> Cirurgias
<input type="checkbox"/> Anomalias congênicas	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Limitações físicas	<input type="checkbox"/> Problemas urinários
<input type="checkbox"/> Distúrbios sanguíneos	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Epilepsia, tiques ou tremores	<input type="checkbox"/> Problemas visuais
<input type="checkbox"/> Problemas intestinais crônicos	<input type="checkbox"/> Hospitalizações	<input type="checkbox"/> Doenças graves	<input type="checkbox"/> Outros problemas de saúde (Por favor indique abaixo).
<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizagem	<input type="checkbox"/> doença falciformes	

Problema de saúde marcado previamente	Idade da criança no momento do diagnóstico	Data(s) de hospitalização	Qualquer outro problema de longo prazo.

GRAVIDEZ E HISTORIAL DE NASCIMENTO

Idade da mãe durante a gravidez: _____

Houve algum problema com a mãe ou a criança durante a gestação?

Duração da gravidez: _____ Semanas. Duração do parto: horas. Peso da criança no momento de nascer: _____ lbs. _____ oz.

Houve alguma complicação durante o parto ou com a criança depois dela ter nascido?
