

STATE OF FLORIDA
Exame de Saúde para Ingresso na Escola

Pais/Responsáveis: Por favor, preencha e assine a Parte I - Histórico Médico da Criança.

A legislação estadual requer um exame de saúde por um profissional legalmente qualificado antes do ingresso na escola.

Distritos escolares locais podem determinar requisitos adicionais.

(Favor escrever em letra de forma)

Nome da Criança (sobrenome, nome, nome do meio)	Data de Nascimento	Sexo
Endereço (rua, av)	Escola	Série
Cidade e Código Postal	Telefone Residencial	Pai/Responsável (sobrenome, nome, nome do meio)

PARTE I - HISTÓRICO MÉDICO DA CRIANÇA

Pais/Responsáveis: Favor responder às perguntas 1 a 8 na coluna da esquerda abaixo.

(Explique quaisquer respostas "Sim" no espaço fornecido abaixo).

1. Sim ☐ Não ☐ Alguma preocupação com a saúde em geral (hábitos alimentares e de sono, peso, etc.)?
2. Sim ☐ Não ☐ Alguma outra doença específica ou problemas sociais/emocionais ou comportamentais?
3. Sim ☐ Não ☐ Alguma alergia (a alimentos, insetos, medicamentos, etc.)?
4. Sim ☐ Não ☐ Algum medicamento de prescrição (diário ou ocasional)?
5. Sim ☐ Não ☐ Algum problema de visão, audição ou fala (óculos, lentes de contato, tubos auditivos, aparelhos auditivos)?
6. Sim ☐ Não ☐ Alguma hospitalização, operação ou doença grave (explique o problema)?
7. Sim ☐ Não ☐ Alguma lesão ou acidente grave (explique o problema)?
8. Sim ☐ Não ☐ Você gostaria de falar sobre a saúde do seu filho com a enfermeira da escola?

Pais/Responsáveis: Favor explicar quaisquer respostas "Sim" às perguntas acima.

Sou o pai/responsável da criança indicada acima. Concedo permissão para que as informações do meu filho, fornecidas nas PARTES 1 e 2 do presente formulário, sejam examinadas e usadas apenas pela equipe da escola e qualquer profissional de saúde da escola que ofereça serviços de saúde escolar no distrito com o propósito limitado de atender às necessidades de saúde e educação do meu filho.

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

Data

Recomendações da Partnership for School Readiness (Parceria para Preparação Escolar) para o Pré-Jardim e Jardim de Infância

Pais/Responsáveis: Por favor, obtenha os serviços listados abaixo para diagnosticar quaisquer problemas. Trabalhe em conjunto com seu médico para corrigir ou tratar qualquer problema que possa afetar a habilidade de seu filho de aprender na escola. **(Esses serviços são recomendados, mas não obrigatórios).**

1. Exame Completo de Visão (3 a 5 anos de idade) Data do Exame: _____ Resultados do Exame: _____ Prestador de cuidados de saúde: (assinalar um) Optometrista ☐ Oftalmologista ☐	Por favor, descreva qualquer medida corretiva para tratar de quaisquer problemas detectados e quaisquer adaptações necessárias.
2. Exame Dentário Completo Data do Exame: _____ Resultados do Exame: _____ Dentista: _____	Por favor, descreva qualquer medida corretiva para tratar de quaisquer problemas detectados e quaisquer adaptações necessárias.
3. Avaliação Auditiva Data do Exame: _____ Resultados do Exame: _____ Prestador de cuidados de saúde: _____	Por favor, descreva qualquer medida corretiva para tratar de quaisquer problemas detectados e quaisquer adaptações necessárias.

CADASTRO MÉDICO PRÉ-ESCOLAR DAS ESCOLAS PÚBLICAS DO CONDADO DE BROWARD

Nome da Criança _____

Endereço _____
Rua/Av. _____ Cidade _____ CEP _____

Telefone _____

Escola _____

Data de Nasc. _____ Sexo _____ Raça _____

Favor assinalar o seguro médico atual da criança:

☐ Medicaid ☐ Seguro ☐ Florida Kidcare ☐ Nenhum

Nome do médico da criança/clínica _____

HISTÓRICO DE SAÚDE/AVALIAÇÃO

Faça um círculo em todas as doenças/problemas de saúde que o seu filho teve no **passado**: ☐ Varicela ☐ Nascimento Prematuro ☐ Infecções do Ouvido

☐ Reumatismo ☐ Problema Cardíaco ☐ Convulsões/Acessos

Outra doença ou lesão grave _____

Explique _____

Faça um círculo em todos os problemas de saúde que o seu filho tem **agora**:

☐ Alergia ☐ Dentário ☐ Convulsão ☐ Renal ☐ Anemia ☐ Asma ☐ Tubos no ouvido ☐ Diabetes

☐ Fala ☐ Bexiga ☐ Audição ☐ Visão ☐ Cardíaco ☐ Hemofilia ☐ Anemia Falciforme OU Traço

Outro _____ Explique _____

Em caso de alergia/asma, indique as causas/agentes desencadeantes _____

Alguém fuma em sua casa? ☐ Sim ☐ Não

O seu filho precisa de ajuda ou sua atividade física é limitada devido a problemas de saúde? ☐ Sim ☐ Não

Explique _____

Faça um círculo em todos os problemas de saúde que o seu filho tem **com frequência**:

☐ Bronquite ☐ Tosse ☐ Resfriado ☐ Diarreia ☐ Dor de garganta ☐ Dor de estômago ☐ Ferimentos

☐ Erupção ☐ Vômito ☐ Constipação ☐ Hemorragia ☐ Dificuldade de ☐ Infecções do

Cutânea Nasal urinar ouvido

Explique, caso necessário _____

O seu filho toma medicação? ☐ Sim ☐ Não

Caso sim, qual medicamento e quando é administrado? _____

INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

(Assinale "Sim" ou "Não" – Explique caso necessário)

- Há algum alimento que seu filho não deve comer por razões médicas, religiosas ou pessoais? ☐ Sim ☐ Não
- Seu filho segue alguma dieta especial? ☐ Sim ☐ Não
- Você tem alguma preocupação referente à alimentação do seu filho? ☐ Sim ☐ Não
- Seu filho toma suplementos vitamínicos e minerais? ☐ Sim ☐ Não
Caso sim, que tipo? _____
- Que tipo de comida o seu filho Gosta _____ Não Gosta _____
- Seu filho come ou mastiga objetos não comestíveis? ☐ Sim ☐ Não
- Seu filho tem problemas para mastigar ou engolir? ☐ Sim ☐ Não
- Houve alguma mudança significativa no apetite do seu filho recentemente? ☐ Sim ☐ Não
- Seu filho toma na mamadeira? ☐ Sim ☐ Não

HISTÓRICO DO DESENVOLVIMENTO

Com cerca de que **idade** seu filho:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| a) Sentou-se direito sem ajuda _____ | e) Vestiu-se sozinho _____ |
| b) Engatinhou _____ | f) Alimentou-se sozinho _____ |
| c) Andou _____ | g) Aprendeu a usar o vaso sanitário _____ |
| d) Falou _____ | h) Começou a entender o que era falado a ele _____ |

Concedo meu consentimento voluntário para que meu filho receba serviços que podem incluir observações em sala de aula, consulta de saúde mental e triagem nas seguintes áreas: audição, visão, nutrição, desenvolvimento, socioemocional e dental, incluindo cuidados de acompanhamento. Também autorizo que meu filho seja transportado de ônibus escolar para receber os serviços, que incluem cuidados dentários, aulas de nataçao e outras excursões escolares.

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável _____

Data _____