

Formulário de Informações de Saúde do Aluno

Por favor, preencha as seguintes informações de saúde do seu filho:

Sobrenome:	Nome:	M.I.
Data de Nascimento:	Escola:	Ano de escolaridade
Médico de Família:	_____	Telefone: _____
Dentista de Família:	_____	Telefone: _____
Seguro de Saúde	_____	_____

Por favor, liste todos os medicamentos que o seu filho toma atualmente:

Toda a medicação deverá ser levada ao gabinete de saúde por um adulto, na embalagem original rotulada pela farmácia. Os alunos NÃO PODEM trazer consigo qualquer prescrição ou medicamentos de venda livre no autocarro ou nas escolas (à exceção de SpiPens, inaladores, e insulina)

Selecione todas as opções que se aplicam ao seu filho:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PDA/PHDA | <input type="checkbox"/> PEA | <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Traumatismo | <input type="checkbox"/> Depressão |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problema Cardíaco | <input type="checkbox"/> Doença Renal | <input type="checkbox"/> Enxaqueca | <input type="checkbox"/> Transtornos Convulsivos | |

Outros Problemas de Saúde Físicos / Mentais: _____

Alergias (por favor, especifique): _____

PEI atual / 504 / Outro: _____

Aparelhos Auditivos? Esquerdo Direito Óculos Lentes de Contacto

Limitações visuais (por favor, especifique): _____

Autorizo a administração de (por favor seleccionar):

- | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Benadryl | <input type="checkbox"/> Remédios para a tosse | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno | <input type="checkbox"/> Tums | <input type="checkbox"/> Tylenol |
| <input type="checkbox"/> Iodeto de Potássio (Para Usar no caso de uma emergência nuclear) | | | | |

Por favor, assine abaixo para dar permissão à Enfermeira Escolar para realizar este benefício:

Eu dou permissão à enfermeira escolar para partilhar informação relevante acerca do estado de saúde do meu filho com os funcionários da escola adequados, quando for necessário, para manter a saúde e a segurança do meu filho, e para trocar informação com o médico de cuidados primários do meu filho com o propósito de encaminhamento, diagnóstico e tratamento.

Assinatura do Pai, Mãe ou Tutor

Data

