ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΧΟΛΕΙΑ BRAINTREE
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

(Πρέπει να συμπληρωθεί από τον Γονέα/Κηδεμόνα)

Όνομα _____ Τάξη_____ Σχολείο_____
Μικρό Μεσαίο Επίθετο

Διεύθυνση _____ Τηλέφωνο _____

Μεταγραφή από _____ Σημερινή ημερομηνία _____

Ημερομηνία γέννησης _____ Πόλη/Πολιτεία γέννησης _____

Όνομα πατέρα _____ Επάγγελμα _____

Όνομα μητέρας _____ Επάγγελμα _____

Αριθμός άλλων παιδιών στην οικογένεια_____ Κύρια γλώσσα που μιλάτε στο σπίτι _____

Όνομα _____ Ημερομηνία γέννησης_____ Όνομα _____ Ημερομηνία γέννησης_____

Όνομα _____ Ημερομηνία γέννησης_____ Όνομα _____ Ημερομηνία γέννησης_____

Το παιδί ζει με: □ Γονείς □ Μητέρα □ Πατέρα □ Άλλο

Υπήρχαν επιπλοκές κατά τη γέννα; □ Ναι □ Όχι Εάν ναι, περιγράψτε τις: _____
_____

Είχε το παιδί κάποιο από τα παρακάτω: Εάν ναι, εξηγήστε:

□ Άσθμα _____
□ Αλλεργίες (λίστα)_____
□ Καρδιακά προβλήματα_____
□ Νεφρικά προβλήματα _____
□ Διαβήτη _____
□ Επιληπτικές κρίσεις _____
□ Άλλο _____

□ Κατάγματα/τοποθεσία/ημερομηνία _____
Χρησιμοποιείται Epi-Pen □ Ναι □ Όχι
□ Ηπατίτιδα _____
□ Σκολίωση _____
□ Προβλήματα ακοής _____□ Ακουστικά
□ Προβλήματα όρασης_____ □ Γυαλιά □ Φακοί επαφής

Παίρνει το παιδί φάρμακα; Εάν, γράψτε τα φάρμακα και την αιτία για την οποία παίρνει φάρμακα _____

_____

Μπορεί αυτός ο μαθητής/η μαθήτρια να συμμετάσχει σε πλήρες Πρόγραμμα Γυμναστικής; □ Ναι □ Όχι

Εάν όχι, εξηγήστε γιατί_____

Οικογενειακός ιατρός _____Οικογενειακός Οδοντίατρος _____

Δίνω την άδεια μου στη νοσοκόμα του σχολείου να κοινοποιήσει τις παραπάνω ιατρικές πληροφορίες με το προσωπικό του σχολείου όπως θεωρείται κατάλληλο για την υγεία και την ασφάλεια του παιδιού. □ Ναι □ Όχι

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ _____

Επιστρέψτε το συμπληρωμένο έντυπο στη Νοσοκόμα του Σχολείου