

ESCOLAS PÚBLICAS DE BRAINTREE

HISTÓRICO MÉDICO

(A ser preenchido pelo pai/mãe/responsável)

Nome _____ Nome Nome do meio Sobrenome	Série _____ Escola _____
Endereço _____	Telefone _____
Transferência de _____	Data de hoje _____
Data de nascimento _____	Natural de cidade/estado _____
Nome do pai _____	Profissão _____
Nome da mãe _____	Profissão _____
Número de outras crianças na família _____	Principal língua falada em casa _____
Nome _____ Data Nasc. _____	Nome _____ Data Nasc. _____
Nome _____ Data Nasc. _____	Nome _____ Data Nasc. _____
A criança mora com: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outra opção	

Houve alguma complicação no nascimento? Sim Não

Em caso afirmativo, descreva: _____

Esta criança teve algum dos seguintes? Se afirmativo, explique:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Fraturas/Onde/Data _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias (enumere) _____ | Usa Epi-Pen? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos _____ | <input type="checkbox"/> Hepatite _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas renais _____ | <input type="checkbox"/> Escoliose _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de audição _____ <input type="checkbox"/> Aparelhos auditivos |
| <input type="checkbox"/> Convulsões _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de Visão _____ <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Lentes de contato |
| <input type="checkbox"/> Outra opção _____ | |

Essa criança toma algum medicamento? Se afirmativo, indique o medicamento e a razão _____

Esse aluno pode participar de um programa completo de Educação Física? Sim Não

Se não puder, por quê? _____

Médico da família _____ Dentista da família _____

Concedo permissão ao enfermeiro da escola de compartilhar as informações médicas acima com o pessoal da escola, conforme determinado apropriado para a saúde e segurança de meu filho/minha filha. Sim Não

ASSINATURA DOS PAIS ou RESPONSÁVEL _____

Envie o formulário preenchido para a enfermeira da escola