

# Informação de Saúde da Escola Holliston, Massachusetts

Nome \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_  
Último Primeiro Meio

Data de Nasc. \_\_/\_\_/\_\_ Lugar de Nasc. \_\_\_\_\_ Sexo: Feminino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

Endereço de Casa \_\_\_\_\_

Endereço de Email \_\_\_\_\_

Pai/Guardião \_\_\_\_\_ Telefone de Casa \_\_\_\_\_

Trabalho/Celular \_\_\_\_\_

Pai/Mãe \_\_\_\_\_ Telefone de Casa \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Trabalho/Celular \_\_\_\_\_

Se for diferente acima

A sua criança tem seguro de família para médicos/hospital? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se for Sim, indique o nome da pessoa e plano \_\_\_\_\_

Número do cartão \_\_\_\_\_

Se você não tiver seguro de saúde, Massachusetts tem planos de seguro de saúde que ajuda crianças sem seguro a ter um cuidado bem razoável financeiramente (restrições podem ser aplicadas). Por favor entre em contato com a enfermeira da escola para ter mais informação sobre estes programas. Todas as comunicações serão confidenciais.

Nome do médico da criança \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Nome do dentista/ortodontista \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

## Por favor cheque todos os que se aplicarem:

\_\_\_ **Alergias** Liste todas as conhecidas & descreva a reação e como controlar a reação

\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ambiente \_\_\_\_\_

\_\_\_ Medicamento \_\_\_\_\_

\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

\_\_\_ **ADHD/ADD**

\_\_\_ **Diabete Type I**

\_\_\_ **Outras Condições Físicas**

\_\_\_ **Artrite**

\_\_\_ **Diabete Type II**

Explica: \_\_\_\_\_

\_\_\_ **Asma**

\_\_\_ **Doença Alimentar**

\_\_\_\_\_

\_\_\_ **Autismo**

\_\_\_ **Deficiência de Aprendizagem**

\_\_\_ **Outra Condição**

\_\_\_ **Doença de Sangue**

\_\_\_ **Enxaqueca**

**Comportamental/Emocional**

\_\_\_ **Câncer**

\_\_\_ **Doença Desenvolvimento Persistente**

Explica \_\_\_\_\_

\_\_\_ **Condição Cardíaca**

\_\_\_ **Doença de Seizure (Epilepsia)**

\_\_\_ **Depressão**

\_\_\_ **Visão (Explica)** \_\_\_\_\_

\_\_\_ **Audição (Explica)** \_\_\_\_\_

\_\_\_ **Fala/Linguagem (Explica)** \_\_\_\_\_

\_\_\_ **Assento Preferencial (precisa de nota do Médico)**

\_\_\_ **IHP (Plano Individual de Saúde)**

\_\_\_ **IEP (Plano Individualizado de Educação)**

\_\_\_ **Plano 504**

Continua no outro lado

**Permissão para administrar medicamento (Tylenol, Ibuprofen, Tums)**

**SIM** minha criança pode tomar Tylenol or Ibuprofen dado pela enfermeira da escola.

**NÃO** minha criança não pode tomar Tylenol or Ibuprofen dado pela enfermeira da escola.

**SIM**  **NÃO** minha criança pode tomar anti-ácido (Tums) dado pela enfermeira da escola.

**Medicamentos Tomados**

Por favor liste todos os remédios (incluindo os que não tem prescrição) tomados regularmente.

Esta criança **NÃO** toma nenhum remédio diariamente.

Esta criança toma os seguintes remédios:

Medicamento n°1	_____	Dose	_____	Quantas vezes	_____	Razão	_____
Medicamento n°2	_____	Dose	_____	Quantas vezes	_____	Razão	_____
Medicamento n°3	_____	Dose	_____	Quantas vezes	_____	Razão	_____

**Limitações ou Restrições**

Liste and explica quaisquer restrições:

Dieta Alimentar \_\_\_\_\_

Atividade \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

Por favor providencie qualquer informação adicional sobre o comportamento de sua criança como também a sua saúde física, emocional e mental que a enfermeira/guia e conselheiro deveriam saber.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eu dou minha permissão para a enfermeira da escola comunicar qualquer informação à respeito da condição de saúde de minha criança com as pessoas apropriadas da escola quando for necessário para suprir as necessidades de saúde e segurança de minha criança. Eu dou permissão para troca de informação com o médico de minha criança com o propósito de obter recomendação, diagnóstico e tratamento.

Em caso de emergência ou clarificação de medicamento, a escola tentará entrar em contato com os pais/guardião antes de ligar para o médico do estudante. Seu estudante será transportado pela ambulância para um serviço de atendimento de emergência se necessário.

**Assinatura do Pai/Guardião** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

\*Assinatura do pai/guardião é essencial para dar qualquer Tylenol/ Ibuprofen/ anti-ácido