

**Departamento Escolar de Sanford  
Registo Anual de Saúde**

Nome Legal do Aluno: \_\_\_\_\_

Nome preferido do Aluno: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_

Série Escolar: \_\_\_\_\_

Professor/Programa/LC: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Pai/Responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Pai/Responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Nome de Emergência:** Pessoa(s) autorizada(s) a cuidar do aluno em caso de doença ou que pode(m) atuar em caso de emergência quando os pais não estão disponíveis.

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE:**  SEM PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE

**ALERGIAS**

O seu filho tem alguma alergia potencialmente fatal? Sim  Não

Alimentos  : \_\_\_\_\_ Medicamentos  : \_\_\_\_\_ Picadas de abelha  : \_\_\_\_\_ Sazonal/ Outro   
: \_\_\_\_\_

A alergia do seu filho requer uma epinefrina? Sim \*\*\* Não

**CONVULSÕES**

O seu filho foi alguma vez diagnosticado com uma doença convulsiva? Sim \*\*\* Não

**ASMA**

O seu filho já foi diagnosticado como tendo asma que requer um inalador de emergência? Sim \*\*\* Não

**DIABETES**

O seu filho foi diagnosticado com diabetes? Sim \*\*\* Não

**\*\*\* Em caso de resposta afirmativa a qualquer um dos diagnósticos acima referidos, deve ser fornecido um plano e material \*\*\***

**TDH / ADD**

O seu filho foi diagnosticado por um médico como tendo ADD/ADHD Ansiedade ou Depressão? Sim  Não

Em caso afirmativo, especifique:

\_\_\_\_\_

Seu filho tem alguma das seguintes doenças ou condições? Em caso afirmativo, explique no verso do formulário.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> TEA (autismo)     | <input type="checkbox"/> Intestino/Bexiga   | <input type="checkbox"/> Distúrbio hemorrágico |
| <input type="checkbox"/> condição cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas de visão | <input type="checkbox"/> Problemas de audição  |
| <input type="checkbox"/> Enxaquecas        | <input type="checkbox"/> outro _____        | <input type="checkbox"/> outro _____           |

**Medicamentos:**

Liste **TODOS** os medicamentos que o aluno toma todos os dias ou quando necessário. Se for preciso espaço adicional, use o verso do formulário.

Nome do Medicamento	Dose	Quantas vezes/Tempo	Razão porque toma

**Autorizo a escola a dar ao meu filho os seguintes medicamentos, conforme necessário**  
(frequência de acordo com as ordens permanentes em uma dosagem baseada na idade e no peso)

<input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Motrin/Advil (ibuprofeno) <input type="checkbox"/> Benadryl	<input type="checkbox"/> Tums <input type="checkbox"/> Pastilhas para tosse (somente HS e MS) <input type="checkbox"/> Orajel	<input type="checkbox"/> Pomada antibiótica <input type="checkbox"/> creme de hidrocortisona <input type="checkbox"/> Quente gelado (somente HS)
--	--	---

### **AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR REGISTOS DE SAÚDE**

AUTORIZO O PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE DO MEU FILHO E A ESCOLA ANTERIOR A DIVULGAR O EXAME FÍSICO MAIS RECENTE DO MEU FILHO, A VACINAÇÃO E OUTRAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PERTINENTES À ESCOLA DE SANFORD PARA COMPLETAR OS REGISTOS DE SAÚDE. ESTA AUTORIZAÇÃO É VÁLIDA ENQUANTO O ALUNO ESTIVER MATRICULADO NO DEPARTAMENTO ESCOLAR DE SANFORD. AUTORIZO QUE O MEU FILHO SEJA TRATADO NO SOUTHERN MAINE HEALTH CARE EM CASO DE EMERGÊNCIA. SERÁ DA MINHA RESPONSABILIDADE TRANSFERIR-LO(A) PARA OUTRA INSTITUIÇÃO, SE ASSIM O DESEJAR.

**Assinatura do Pai/Responsável:**

---