

FICHA DE SAÚDE 2018

1- IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A):

Nome: _____
 Série/Turma 2018: _____ Tipo Sanguíneo: _____
 Em caso de emergência, avisar:
 Nome: _____ Grau de parentesco: _____
 Telefone para contato: _____

2 – INFORMAÇÕES GERAIS:

O aluno vem e volta para a escola de que forma?

- Com os pais;
 A pé e sozinho;
 De bicicleta e sozinho;
 A pé mas acompanhado. Com quem? _____
 De bicicleta mas acompanhado. Com quem? _____
 De transporte escolar.
 Nome do responsável pelo transporte? _____
 Telefone: _____
 Outros: _____

O(a) aluno(a) está autorizado a sair da escola sozinho(a)?

SIM NÃO

Em caso negativo, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo da escola são:

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
 Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
 Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

O(a) aluno(a) mora com quem?

- Pais Só o Pai Só a Mãe
 Outros. _____ Quem tem a guarda? _____

3- INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE DO(A) ALUNO(A):

a) Doenças que já teve:	<input type="checkbox"/> Catapora <input type="checkbox"/> Meningite <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Pneumonia
b) Alergia:	<input type="checkbox"/> Na pele <input type="checkbox"/> Bronquite <input type="checkbox"/> Rinite <input type="checkbox"/> Alimentar <input type="checkbox"/> Outra _____ <input type="checkbox"/> Medicamento. Qual? _____
c) Tem ou teve problema no coração?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
d) Toma alguma medicação controlada?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ Motivo: _____
e) Tem intolerância:	<input type="checkbox"/> Lactose <input type="checkbox"/> Glúten
f) Tem alguma deficiência?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ Usa alguma prótese? Onde? _____ Tem dificuldade para caminhar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Utiliza algo para auxiliar a caminhar? <input type="checkbox"/> Sim. O que? _____
g) Tem ou teve desmaio ou convulsão?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Faz acompanhamento desse problema? _____
h) Tem diabetes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Faz tratamento? _____
i) Tem algum problema na coluna?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____
j) Já teve alguma fratura?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Onde? _____

k) Já esteve internado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Por cirurgia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Motivo: _____	* Atenção, mediante o(s) diagnóstico(s) se faz necessário apresentar laudo médico atualizado até o dia 09/02/2018.		
l) Tem problema com peso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	o) Segundo o(s) acompanhamento(s), seu (sua) filho(a) apresenta diagnóstico de:		
m) Faz algum acompanhamento? <input type="checkbox"/> Psicólogo Onde? _____ Motivo: _____ <input type="checkbox"/> Psicopedagoga Onde? _____ Motivo: _____ <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo Onde? _____ Motivo: _____ <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional Onde? _____ Motivo: _____ <input type="checkbox"/> Neurologista Onde? _____ Motivo: _____	<input type="checkbox"/> Hiperatividade	Apresenta Relatório de confirmação?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data do Diagnóstico: _____/_____/_____	
	<input type="checkbox"/> Dislexia	Apresenta Relatório de confirmação?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data do Diagnóstico: _____/_____/_____	
	<input type="checkbox"/> T.D.H.A	Apresenta Relatório de confirmação?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data do Diagnóstico: _____/_____/_____	
	<input type="checkbox"/> Déficit de Atenção	Apresenta Relatório de confirmação?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data do Diagnóstico: _____/_____/_____	
	<input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____	Apresenta Relatório de confirmação?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data do Diagnóstico: _____/_____/_____	
	<input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____	Apresenta Relatório de confirmação?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data do Diagnóstico: _____/_____/_____	
n) Devido o(s) acompanhamento(s), toma algum medicamento? Qual?(Nome do medicamento) _____ Horário que toma: _____ Orientado o uso pelo? (ex.: neurologista, etc.) _____ Qual?(Nome do medicamento) _____ Horário que toma: _____ Orientado o uso pelo? (ex.: neurologista, etc.) _____	Observações: _____ _____ _____			
		Assinatura do Responsável _____ Cachoeira Paulista, _____ de _____ de _____.		