

## FICHA DE SAÚDE 2019

### 1- IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A):

Nome: \_\_\_\_\_  
 Série/Turma 2019: \_\_\_\_\_ 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):

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

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