

FORMULÁRIO MÉDICO ANUAL

ANO LETIVO _____

Estudante	Telefone (pai, mãe e/ou responsável)
Data de nascimento Série	
Endereço	Telefone (pai, mãe e/ou responsável)
<input type="checkbox"/> Jovens desacompanhados	Contato de emergência Telefone
Consultório médico	Consultório dental
Telefone Última consulta	Telefone Última consulta

Alergias que representam ameaça à vida:

Medicamentos de emergência	Última ocorrência
----------------------------	-------------------

Indique se a criança apresenta um ou mais dos quadros abaixo:

<input type="checkbox"/> Epilepsia ou convulsões Formulário de entrevista sobre convulsões	<input type="checkbox"/> Diabetes Formulário de entrevista sobre diabetes
<input type="checkbox"/> Asma ou problemas pulmonares Formulário de entrevista sobre asma	<input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares
<input type="checkbox"/> Células falciformes <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Outro distúrbio sanguíneo	<input type="checkbox"/> Histórico de cirurgia, hospitalização e/ou traumatismo
<input type="checkbox"/> Problemas de saúde mental	<input type="checkbox"/> Outro(a)

Liste todos os medicamentos que a criança toma em casa.

Medicamentos	Grau, dose, via	Hora do dia

Se a criança precisar tomar medicamentos durante o dia letivo, preencha este formulário:

[Formulário de autorização para a administração de medicamentos](#)

Se precisar de ajuda com qualquer um dos itens a seguir, a enfermaria pode fornecer recursos para ajudar a sua família

<input type="checkbox"/> Obtenção de plano de saúde	<input type="checkbox"/> Habitação
<input type="checkbox"/> Encontrar consultório médico, odontológico ou de saúde mental	<input type="checkbox"/> Vestuário
	<input type="checkbox"/> Alimentação

Ao assinar abaixo, permito que a enfermaria compartilhe os dados médicos da criança com o pessoal apropriado dentro da escola ou com a equipe médica a fim de manter a segurança contínua da criança na escola.

Pai, mãe e/ou responsável _____ Data _____