

STATE OF FLORIDA

Exame de Saúde para Ingresso na Escola

Pais/Responsáveis: Por favor, preencha e assine a Parte I - Histórico Médico da Criança.

A legislação estadual requer um exame de saúde por um profissional legalmente qualificado antes do ingresso na escola. Distritos escolares locais podem determinar requisitos adicionais.

(Favor escrever em letra de forma)

Nome da Criança (sobrenome, nome, nome do meio)	Data de Nascimento	Sexo
Endereço (rua, av)	Escola	Série
Cidade e Código Postal	Telefone Residencial	Pai/Responsável (sobrenome, nome, nome do meio)

PARTE I - HISTÓRICO MÉDICO DA CRIANÇA

Pais/Responsáveis: Favor responder às perguntas 1 a 8 na coluna da esquerda abaixo.

(Explique quaisquer respostas “Sim” no espaço fornecido abaixo).

1. Sim ___ Não ___ Alguma preocupação com a saúde em geral (hábitos alimentares e de sono, peso, etc.)?
2. Sim ___ Não ___ Alguma outra doença específica ou problemas sociais/emocionais ou comportamentais?
3. Sim ___ Não ___ Alguma alergia (a alimentos, insetos, medicamentos, etc.)?
4. Sim ___ Não ___ Algum medicamento de prescrição (diário ou ocasional)?
5. Sim ___ Não ___ Algum problema de visão, audição ou fala (óculos, lentes de contato, tubos auditivos, aparelhos auditivos)?
6. Sim ___ Não ___ Alguma hospitalização, operação ou doença grave (explique o problema)?
7. Sim ___ Não ___ Alguma lesão ou acidente grave (explique o problema)?
8. Sim ___ Não ___ Você gostaria de falar sobre a saúde do seu filho com a enfermeira da escola?

Pais/Responsáveis: Favor explicar quaisquer respostas “Sim” às perguntas acima.

Sou o pai/responsável da criança indicada acima. Concedo permissão para que as informações do meu filho, fornecidas nas PARTES 1 e 2 do presente formulário, sejam examinadas e usadas apenas pela equipe da escola e qualquer profissional de saúde da escola que ofereça serviços de saúde escolar no distrito com o propósito limitado de atender às necessidades de saúde e educação do meu filho.

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

Data

Recomendações da *Partnership for School Readiness* (Parceria para Preparação Escolar) para o Pré-Jardim e Jardim de Infância

Pais/Responsáveis: Por favor, obtenha os serviços listados abaixo para diagnosticar quaisquer problemas. Trabalhe em conjunto com seu médico para corrigir ou tratar qualquer problema que possa afetar a habilidade de seu filho de aprender na escola. **(Esses serviços são recomendados, mas não obrigatórios).**

1. Exame Completo de Visão (3 a 5 anos de idade) Data do Exame: _____ Resultados do Exame: _____ Prestador de cuidados de saúde: (assinalar um) Optometrista _____ Oftalmologista _____	Por favor, descreva qualquer medida corretiva para tratar de quaisquer problemas detectados e quaisquer adaptações necessárias.
2. Exame Dentário Completo Data do Exame: _____ Resultados do Exame: _____ Dentista: _____	Por favor, descreva qualquer medida corretiva para tratar de quaisquer problemas detectados e quaisquer adaptações necessárias.
3. Avaliação Auditiva Data do Exame: _____ Resultados do Exame: _____ Prestador de cuidados de saúde: _____	Por favor, descreva qualquer medida corretiva para tratar de quaisquer problemas detectados e quaisquer adaptações necessárias.

CADASTRO MÉDICO PRÉ-ESCOLAR DAS ESCOLAS PÚBLICAS DO CONDADO DE BROWARD

Nome da Criança _____ Endereço _____ Rua/Av. Cidade CEP Telefone _____ Escola _____	Data de Nasc. _____ Sexo _____ Raça _____ Favor assinalar o seguro médico atual da criança: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Florida Kidcare <input type="checkbox"/> Nenhum Nome do médico da criança/clínica _____
---	---

HISTÓRICO DE SAÚDE/AVALIAÇÃO

Faça um círculo em todas as doenças/problemas de saúde que o seu filho teve no passado :							
Varicela	Nascimento Prematuro						
Reumatismo	Infecções do Ouvido						
Outra doença ou lesão grave _____	Problema Cardíaco						
Explique _____							
Faça um círculo em todos os problemas de saúde que o seu filho tem agora :							
Alergia	Dentário	Convulsão	Renal	Anemia	Asma	Tubos no ouvido	Diabetes
Fala	Bexiga	Audição	Visão	Cardíaco	Hemofilia	Anemia Falciforme	OU Traço
Outro _____ Explique _____							
Em caso de alergia/asma, indique as causas/agentes desencadeantes _____							
Alguém fuma em sua casa?				<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
O seu filho precisa de ajuda ou sua atividade física é limitada devido a problemas de saúde?				<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Explique _____							
Faça um círculo em todos os problemas de saúde que o seu filho tem com frequência :							
Bronquite	Tosse	Resfriado	Diarreia	Dor de garganta	Dor de estômago	Ferimentos	
Erupção Cutânea	Vômito	Constipação	Hemorragia Nasal	Dificuldade de urinar	Infecções do ouvido		
Explique, caso necessário _____							
O seu filho toma medicação?				<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Caso sim, qual medicamento e quando é administrado? _____							

INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

(Assinale "Sim" ou "Não" – Explique caso necessário)	
1. Há algum alimento que seu filho não deve comer por razões médicas, religiosas ou pessoais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Seu filho segue alguma dieta especial?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Você tem alguma preocupação referente à alimentação do seu filho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. Seu filho toma suplementos vitamínicos e minerais? Caso sim, que tipo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Que tipo de comida o seu filho Gosta _____ Não Gosta _____	
6. Seu filho come ou mastiga objetos não comestíveis?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Seu filho tem problemas para mastigar ou engolir?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. Houve alguma mudança significativa no apetite do seu filho recentemente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Seu filho toma na mamadeira?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

HISTÓRICO DO DESENVOLVIMENTO

Com cerca de que idade seu filho:	
a) Sentou-se direito sem ajuda _____	d) Vestiu-se sozinho _____
b) Engatinhou _____	e) Alimentou-se sozinho _____
c) Andou _____	f) Aprendeu a usar o vaso sanitário _____
d) Falou _____	g) Começou a entender o que era falado a ele _____

Concedo meu consentimento voluntário para que meu filho receba serviços que podem incluir observações em sala de aula, consulta de saúde mental e triagem nas seguintes áreas: audição, visão, nutrição, desenvolvimento, socioemocional e dental, incluindo cuidados de acompanhamento. Também autorizo que meu filho seja transportado de ônibus escolar para receber os serviços, que incluem cuidados dentários, aulas de natação e outras excursões escolares.

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

Data