

## 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.

