

**ESCOLAS PÚBLICAS DE BRAINTREE**  
**HISTÓRICO MÉDICO**

(A ser preenchido pelos Pais/Responsável)

Nome _____ Nome                      Nome do meio                      Sobrenome	Série _____ Escola _____
Endereço _____	Telefone _____
Transferência de _____	Data de hoje _____
Data de Nascimento _____	Natural da Cidade/Estado _____
Nome do Pai/Responsável _____	Parentesco _____
Nome da Mãe/Responsável _____	Parentesco _____
Número de outras crianças na família _____	Principal língua falada em casa _____
Nome _____ Data Nasc. _____	Nome _____ Data Nasc. _____
Nome _____ Data Nasc. _____	Nome _____ Data Nasc. _____
A criança mora com: <input type="checkbox"/> Pais/Responsável <input type="checkbox"/> Outra opção	

Houve alguma complicação no nascimento?  Sim  Não

Em caso afirmativo, descreva: \_\_\_\_\_

Esta criança teve algum dos seguintes? Se afirmativo, explique:

Asma \_\_\_\_\_

Alergias (enumere) \_\_\_\_\_

Problemas cardíacos \_\_\_\_\_

Problemas renais \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Convulsões \_\_\_\_\_

Outra opção \_\_\_\_\_

Fraturas/Onde/Data \_\_\_\_\_

Usa Epi-Pen?     Sim     Não

Hepatite \_\_\_\_\_

Escoliose \_\_\_\_\_

Problemas de audição \_\_\_\_\_  Aparelhos auditivos

Problemas de Visão \_\_\_\_\_  Óculos  Lentes de contato

Essa criança toma algum medicamento? Se afirmativo, indique o medicamento e a razão \_\_\_\_\_

Esse aluno pode participar de um programa completo de Educação Física?  Sim  Não

Se não puder, por quê? \_\_\_\_\_

Médico da família \_\_\_\_\_ Dentista da família \_\_\_\_\_

Concedo permissão ao enfermeiro da escola de compartilhar as informações médicas acima com o pessoal da escola, conforme determinado apropriado para a saúde e segurança de meu filho/minha filha.  Sim  Não

Assinatura dos Pais/Responsável \_\_\_\_\_

**Devolva o formulário preenchido para a Enfermeira da Escola**