

International Charter School
Página de Informações de Saúde
2010

Nome do Aluno(a): _____ Data: _____
Data de nascimento: _____ Série _____ Seção da Classe _____

INFORMAÇÕES SOBRE O PROVEDOR:

Pediatra/Médico: _____ Telefone: _____
Seu filho tem um dentista? Sim _____ Não _____
Nome do dentista: _____ Telefone do Dentista: _____
Data do último exame odontológico _____

ALERGIAS:

Seu/Sua filho(a) possui alergias a: (marque)
Comidas: _____ Medicamentos: _____ Outros: _____
Liste: _____
Reação: _____ Tratamento: _____
Alguma intolerância ou restrição alimentar? Sim _____ NÃO: _____
Explique: _____
*Restrições alimentares necessitam de uma observação do médico.

PROBLEMAS/PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE:

Seu/Sua filho(a) possui algum problema/preocupação com a saúde? SIM _____ NÃO _____
Seu/Sua filho(a) possui:
Asma _____ TDAH/TDA _____ Diabetes _____
Epilepsia _____ Outros: _____

MEDICAMENTOS:

Seu/Sua filho(a) toma algum medicamento? Sim _____ Não _____
Liste: _____
Seu/Sua filho(a) necessita de medicamentos na escola? Sim: _____ Não: _____
Liste: _____
Medicamentos necessários nas excursões da ICS? Sim: _____ Não: _____

***Se forem necessários medicamentos, preencha um formulário de administração de medicamentos.**
***Todos os medicamentos necessários na escola devem ser trazidos por um pai/responsável/adulto responsável. Medicamentos prescritos necessitam de uma receita médica.**

Meu/Minha filho(a) _____ tem a permissão de levar os medicamentos abaixo se necessário. A enfermeira da escola ou o Diretor os administrará. Também entrarão em contato com os pais para obter o consentimento verbal.
Tylenol (paracetamol) infantil Sim _____ Não _____
Advil (ibuprofeno) infantil Sim _____ Não _____

Assine abaixo para permitir que a enfermeira compartilhe essas informações com os funcionários da escola adequados. Essas informações serão compartilhadas somente com as pessoas necessárias. No caso de um acidente ou emergência, sua assinatura e autorização darão à escola a permissão de tomar qualquer medida de precaução que o diretor/enfermeira julgar necessária.

Assinatura do Pai/Responsável _____ Data: _____