

FICHA MÉDICA

Student's Name (Nome do estudante) _____ Data de Nascimento ___/___/___ Data de hoje: ___/___/___
Mês/ Dia/Ano Mês/ Dia/Ano

Peso da Criança ao nascer: _____
Alguma complicação ou problemas na gravidez ou parto? _____
Explique, por favor: _____

Marque abaixo, se seu filho tem alergia com:
 Mordidas de abelha
 Meio ambiente – Liste, por favor: _____
 Alimentos – Liste, por favor _____
 Latex
 Medicamentos – Liste, por favor _____
 Outros: _____

Seu Medico fez alguma indicacao para EPI-PEN? Sim Não

Seu filho tem algum alimento que ele deve/ não deve comer por causa de familia, religiao ou preferencia pessoal?

Existe alguma preocupacao com relacao ao peso de seu filho? Sim Não

Seu filho tem problemas para dormir? Sim Não

Seu filho tem alguma condicao que limite suas atividades fisicas? Sim Não
Explique por favor: _____

Seu filho já fez alguma operação? Dê datas e detalhes, por favor:
Apendice _____
Amígdalas _____
Ouvido _____
Outro _____

Liste, por favor, alguma medicação que seu filho está tomando atualmente:

Marque se seu filho já teve algumas das seguintes informações :
 Problemas da fala Recebe ajuda terapia da fala
 Problemas de audição ou ouvido Usa aparelho auditivo
 Problemas de visão Usa óculos
Instruções para o uso: _____

Marque, por favor, se seu filho já tevealgum dos problemas abaixo:
 Asma Distúrbio ou Transtorno do Déficit de
 Quebrou algum osso/ ou problemas na junta Atenção com Hiperatividade (ADHD)
 Cancer Convulsão
 Anormalidade Congênita Cistite
 Dental Eplepsia
 Eczema ou outro problema de pele Problemas cardiacos
 Emocional Frequentes dores de cabeça
 Rins, bexiga, ou outro problema urinario Sangramento Nasal
 Problema Intestinal Sérios danos na cabeça
 Acidente Serio

Dê datas e detalhes, por favor: _____

De datas se seu filho já teve algumas destas doenças:
 Catapora Rubéola
 Sarampo Meningite
 Herpes Caxumba
 Poliomielite Pneumonia
 Febre Reumática Febre Scarlate
 Garganta Inflamada Amigdalite
 Tuberculose Coqueluche