

Nashoba Regional School District

Enfermeira da Escola

Serviços Escolares de Saúde: Dados de Saúde e Emergência Estudantis

Student Health Record (Portuguese)

Devolva a:

Série _____

Professor _____

Nome do Estudante _____ Data de Nascimento _____

Student Name

Date of Birth

Lugar de Nascimento _____ Sexo (marque): **M** ou **F**

Birthplace

Sex

M F

Endereço _____ Cidade _____ CEP _____

Street Address

Town

Zip Code

Pai/Responsável _____ Endereço _____

Father/Guardian

Address

Trabalho _____ Endereço _____

Employer

Address

Mãe/Responsável _____ Endereço _____

Mother/Guardian

Address

Trabalho _____ Endereço _____

Employer

Address

↳ Irmãos Siblings

Nome Name					
Idade Age					
Escola School					

↳ Números de Telefones: Telephone Numbers

	Casa Home	Trabalho Work	Celular Cell	Outro Other
Mãe/Responsável Mother				
Pai/Responsável Father				

Com quem que a criança mora? _____ Endereço _____

With whom does the child reside?

Address

Língua primária em casa: _____

Primary language at home

↳ Pessoas de Contato em caso de Emergência (Emergency Contacts): **Pessoas locais para serem notificadas em caso de uma emergência ou doença, quando não possível entrar em contato com você. Seu filho somente será entregue a pessoas na lista...**

Nome Name	Relação Relationship	Telefone de Casa Home Phone	Telefone do Trabalho Work	Celular Cell

↳ Histórico Médico Health History

↳ Alergias com Ameaça Vital: Indique se seu filho tem alergia a alguma das seguintes condições:

Picadas de Abelha _____ Amendoim _____ Nozes _____ Outras comidas _____ Medicamentos _____
Bee Stings Peanuts Nuts Other foods Medications

Descreva a reação alérgica do seu filho _____ Plano de Saúde _____

Describe your child's allergic reaction

Emergency Plan

É requerido Epi Pen? (marque) Sim ou Não

Is Epi Pen required?

É requerido Benadryl? (marque) Sim ou Não

Is Benadryl required?

Seu filho carrega seu próprio Epi Pen? (marque) Sim ou Não

Does your child carry his own Epi Pen?

Indique o procedimento a seguir para as reações alérgicas e na escola: _____

Indicate treatment for allergic reaction at school.

Outras Alergias: Other Allergies

Medicamentos: _____ **Intolerância a Lactose:** _____ **Sazonais** _____
Medications Lactose Intolerance Seasonal

Ambientais: _____ **Outros:** _____
Environmental Other

Descreva a reação: _____ **Medicamentos para os sintomas:** _____
Describe reaction. Medication used for symptoms

Enfermidades/ Condições Crônicas: Indique se seu filho ja teve alguma das seguintes condições:
Illness/Chronic Conditions

Asma _____ Mononucleose _____ Diabetes _____ Problemas menstruais _____ Tireóides _____
Asthma Mononucleosis Diabetes Menstrual Problems Thyroid
Escoliose _____ Ataques _____ Sopros no coração _____ Enfermidades Renais _____ Catapora _____
Scoliosis Seizures Heart Murmur Renal Disease Chicken Pox
Comoção Cerebral _____ Pneumonia _____ Desmaios _____ Enxaquecas _____ Problemas para ir ao banheiro _____
Concussion Pneumonia Fainting Migraines Toileting Issues
Emocionais _____ Ansiedade _____ Depressão _____ Enfermidade de Lyme _____ Infecções Crônicas de Ouvido _____
Emotional Anxiety Depression Lyme Disease Chronic Ear Infections
Déficit Atencional _____ Problemas de Visão _____ Problemas de Audição _____ Tubos nos Ouvidos _____
Attention Deficit Vision Problems Hearing Problems Tubes in Ears
Dificuldades na Aprendizagem _____ Outro _____
Learning Disabilities Other

Por favor explique a condição. _____
Please Explain condition.

Provedores de Saúde Health Care Providers

Médico: _____
Doctor Nome Endereço Cidade CEP

Dentista: _____
Dentist Nome Endereço Cidade CEP

Medicamentos: (Medications) **Por favor, faça uma lista dos medicamentos receitados e os de livre consumo que seu filho toma, incluindo os tratamentos naturais.**

Nome do medicamento e doses Name of medication and dose	Motivo Reason	Tomando em casa Taken at Home	Tomando na escola Taken at School

Visão: Usa óculos _____ Lentes de contato _____ Data do último exame _____
Vision Eyeglasses Contact Lenses Last Eye Exam

Dental: Seguro Dental? (marque) sim / não _____ Cobre: Flúor? _____ Limpezas? _____ Obturação? _____
Dental Dental Insurance yes/no Does it cover... Flouride? Cleanings? Sealants?

Esportes: Você sabe de alguma razão que impessa seu filho de participar em esportes? _____
Sports Do you know of any reason why your child should not participate in sports?

É requerido um exame físico anual para os esportes a nível do Ensino Médio ou High School.

Seguro Médico: Nome da companhia _____ Mass Health _____ Não tem seguro _____
Health Insurance Name of Company No Insurance

Assinante _____ Número da Apólice: _____
Subscriber Policy Number

Informação Confidencial: Eu autorizo que a enfermeira da escola divida esta informação sobre meu filho com seus professores e treinadores. Sim _____ Não _____

Permissão do Médico: Concedo a direção da Nashoba Regional School District a autorização de obter tratamento médico em caso de uma emergência para meu filho _____ durante o período deste ano escolar. Permito levarem meu filho em uma ambulância para o hospital mais próximo. Todos os gastos dos tratamentos médicos são de responsabilidade financeira dos pais/responsáveis.

Assinatura do pai/responsável _____ Data _____