



Perfil de Saúde 2018-2019

Nome do Estudante: _____ Data de Nascimento : _____ Grau: _____
Contato de Emergência: _____ Telefone: _____
Relacionamento Com o Aluno: _____

***Preencha Completamente. Se não se aplica, escreva “N/A”**

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Data do último físico: | Consultório Médico: | Nome do Médico |
| Data do último exame do Dentista | Escritório de Dentista | Você quer saber mais sobre exames dentários na escola? Círculo: Sim Não |
| Seu filho usa óculos Círculo: Sim Não | Se sim, qual é a data do último exame: | Nome do médico do olho: |
| *Alergias à anafilaxia: *Indique a alergia e o que acontece (O médico está ciente e seu filho tem um Epi-Pen) | **Intolerância à medicina: Circulo se for aplicável: - dor de estômago - urticária -Outro: | ***Intolerância à comida: |

* A anafilaxia é uma alergia grave. Pode ocorrer dentro de segundos ou minutos de exposição a algo que você é alérgico. Alguns sintomas incluem: reações de pel, constrição da garganta, e língua ou garganta inchada, que pode causar problemas para respirar, um pulso fraco e rápido, náusea, vômito ou diarreia, tonturas ou desmaios.

** Uma intolerância ao medicamento é diferente de uma alergia, porque não envolve uma resposta imune. Uma intolerância ao medicamento é um efeito adverso de uma medicação. Intolerâncias os medicamentos podem causar dor de estômago e sonolência

*** Quando uma comida irrita seu estômago, ou seu corpo não pode digerê-lo corretamente, isso é uma intolerância de comida. Alguns sintomas incluem gás, azia, dores de cabeça ou irritabilidade.

Por favor circule se seu filho tiver alguma dessas alergias:

-Sazonal

-Pólen

-Gatos

-Cães

-Poeira

-Mold

-Outro: _____

Se sim, o seu filho toma algum medicamento para isso? SIM NÃO

Nome da medicação, quantidade, frequência _____

Este medicamento é todo o ano, ou sazonal? _____

Circule se seu filho tiver algum desses distúrbios **diagnosticados por um medico:**

-ADD

-ADHD

-Asma

-Autismo

-BiPolar Desordem

-Problema Intestinal

-Problemas Dentários

-Diabetes

-Dislexia/Learning Disorder

-Infecção na orelha

-Desordem Alimentar

-Epilepsia

-Condição Cardíaca

-Problemas de Audição

-Problemas renais

-Problemas Menstruais

-Migração

-Disordem Muscular

-Desordem psicológica

-Concussão

-Respirar Desordem

-Outra:

Por Favor Esplique:

Por favor, adicione informações sobre seu filho, você acha que devemos saber:
