

HISTÓRICO MÉDICO

DADOS DO ALUNO

Nome:

Turma:

E-mail:

Cidade/UF:

CEP:

Nascimento:

Local de Nascimento:

Quem mora com o Aluno?:

Pais

Pai

Mãe

Outros

Outro Responsável?
Especifique:

FAMILIAR

Nome da Mãe:

E-mail:

Celular:

Telefone Comercial:

Ramal:

Empresa onde trabalha:

Nascimento:

Nome da Pai:

E-mail:

Celular:

Telefone Comercial:

Ramal:

Empresa onde trabalha:

Nascimento:

Nome do Responsável:

E-mail:

Celular:

Telefone Comercial:

Ramal:

Empresa onde trabalha:

Nascimento:

Grau de Parentesco:

SAÚDE DO ALUNO

1. O médico do aluno é?: Alopata Homeopata

2. Dados do Médico

Nome:

Cidade/UF:

E-mail:

CEP:

Telefone:

Celular:

3. O Aluno é alérgico a algum alimento ou medicamento?: Sim Não

Se sim, quais?:

4. Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, qual medicamento não poderá ser utilizado?

Medicamento:

5. O aluno tem doença congênita?: Sim Não

Se sim, qual?:

6. Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

Caxumba Sarampo Rubéola Catapora Escarlatina Coqueluche Outros

Se outras, quais?:

Quando?:

7. É epilético? Se sim, está em tratamento? Sim Não 8. É hemofílico?: Sim Não 9. Tem hipertensão?: Sim Não

10. É asmático?: Sim Não

11. Tem refluxo?: Sim Não

12. Tem alguma Necessidade Especial?: Sim Não

Se sim, quais?

13. É diabético?: Sim Não Depende de Insulina?: Sim Não

14. Está fazendo algum tipo de tratamento?: Sim Não

Se sim, quais?

15. O aluno está ingerindo medicação específica?: Sim Não

Se sim, quais?

INFORMAÇÕES GERAIS

16. O aluno vem pra escola de que forma?: Alguém sempre vem trazê-lo. Transporte escolar.

17. As únicas pessoas autorizadas a retirá-lo da escola são:

Nome:	RG:	Parentesco:

EMERGÊNCIA

18. O aluno possui algum plano de saúde?: Sim Não

Se sim, qual?

Número da carteirinha:

19. Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual hospital ou clínica?: Sim Não

Hospital/ Clínica: Telefone:

Endereço:

20. Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado?

Nome:	Parentesco:	Celular:

OBSERVAÇÕES

- Esta ficha é a referência que a escola utiliza para dirimir dúvidas a respeito da saúde e aos cuidados específicos de cada criança. Ela contém importantes informações sobre alergias, necessidades especiais e outras.
- Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicadas à coordenação.
- As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram, e possuem caráter sigiloso.

Assinatura do Responsável - Data:

PRORROGAÇÃO DE INFORMAÇÕES RELACIONADAS A HISTÓRICO MÉDICO		
ANO:	TURMA:	ASSINATURA PARA RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO