

Formulário de Permissão e Histórico Médico do SBHC

Nome do aluno: _____

Data de Nascimento : _____

1) O aluno/ aluna esta sobre os cuidados de um
especialista médico ?

Sim Não

2) O aluno/ aluna visitou um dentista no último ano ?

Sim Não

3) O aluno/ aluna visitou o mesmo dentista por mais de
um ano? Sim Não

4) O aluno/ aluna está tomando algum medicamento Sim Não

Se confirmar SIM, por favor, marque incluindo doses e com que frequência.
(Incluir inaladores de asma e EpiPens) _____

5) O aluno/ aluna tem alergias? (comida, medicação, abelhas, etc.)

Sim Não Se confirmar SIM, especificar _____

Histórico Médico:

*Verifique todos os quadrados que se aplicam e explique nas linhas abaixo:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalização ou Cirurgia | <input type="checkbox"/> Problemas com exercício/ correr | <input type="checkbox"/> Concussões cerebral (quando) |
| <input type="checkbox"/> Alergias sazonais / ambientais | <input type="checkbox"/> Problemas de asma / respiração | <input type="checkbox"/> História das Convulsões |
| <input type="checkbox"/> Ossos quebrados, Deslocamentos | <input type="checkbox"/> Distúrbios sanguíneos / Anemia /
Célula Falciforme | <input type="checkbox"/> Dores de cabeça / Enxaquecas |
| <input type="checkbox"/> Lesões musculares ou articulares | <input type="checkbox"/> Problemas de visão (Lentes de
Contacto / Óculos) | <input type="checkbox"/> Diabetes/Tiroide/Endócrino |
| <input type="checkbox"/> Problemas no pescoço ou nas costas | <input type="checkbox"/> "Mono" | <input type="checkbox"/> Problemas de peso ou alimentação |
| <input type="checkbox"/> Defeitos cardíacos / Sopros Cardíaco | <input type="checkbox"/> Tuberculose ou Teste positivo da pele | <input type="checkbox"/> Femininos: Problemas menstruais |
| <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Alta / Colesterol | <input type="checkbox"/> Problemas de pele (Eczema, Psoríase) | <input type="checkbox"/> Problemas estomacais |
| <input type="checkbox"/> Dor no peito durante ou após o exercício | <input type="checkbox"/> Problemas dentários (Dor / Sangramento) | <input type="checkbox"/> Problemas de audição |
| <input type="checkbox"/> Desmaio | | <input type="checkbox"/> Outros problemas médicos |

História da Saúde Mental:

*Verifique todos os quadrados que se aplicam e explique nas linhas abaixo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Distúrbio de disposição / Depressão | <input type="checkbox"/> Distúrbio de aprendizagem / ADD / ADHD / Espectro do Autismo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade / Pânico / TOC | <input type="checkbox"/> Perda / Divórcio / Deportação de membros familiares |
| <input type="checkbox"/> Fúria / Outros problemas de comportamento | <input type="checkbox"/> Uso de substâncias / Vaping |
| <input type="checkbox"/> Preocupações acadêmicas | <input type="checkbox"/> Dieta / Perda ou ganho peso significativo |
| <input type="checkbox"/> Cortar / Automutilação | <input type="checkbox"/> Outras preocupações |

História Familiar:

*Verifique todos os quadrados que se aplicam e explique nas linhas abaixo:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Membro de família com doença
cardíaca | <input type="checkbox"/> Membro de família com diabetes | <input type="checkbox"/> Membros de família com problemas de
álcool/drogas |
| <input type="checkbox"/> Membro de família com colesterol
alto | <input type="checkbox"/> Membro de família com doença
mental (Exemplo: depressão) | <input type="checkbox"/> Problemas médicos familiares não referidos
acima |
- 6) Algum membro da família morreu de repente por causa de problemas cardíacos ou morte súbita antes dos 50 anos? Sim Não
Por favor especifique qual membro familiar (Maternal / Paternal): _____

Este historial médico é o mais preciso dentro do meu melhor conhecimento. Eu entendo que sou obrigado a informar o Centro de Saúde Escolar se houver alguma mudança mental ou física do meu filho.

Eu autorizo os Centro de Saúde Escolar do CIFC Health e as Escolas Publicas de Danbury a trocaram informações apropriadas com as pessoas adequadas com o objetivo de prestar serviços de saúde, diagnóstico, tratamento e aconselhamento, bem como manter a segurança nas escolas. Estas informações partilhadas podem incluir dados relativos com a saúde, com a escola e com a educação especial necessária para o tratamento e serviços das companhias de seguros para efeitos de pagamento

Recebi o Aviso de Práticas de Privacidade da HIPAA Sim Não

Data: _____

Assinatura: _____

Parentesco: _____