|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | FORMULÁRIO MÉDICO ANUAL  ANO LETIVO \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estudante**  Data de nascimento Série | Telefone (pai, mãe e/ou responsável)  Telefone (pai, mãe e/ou responsável)  Contato de emergência Telefone |
| Endereço   * Jovens desacompanhados |
| Consultório médico  Telefone Última consulta | Consultório dental  Telefone Última consulta |
| Alergias que representam ameaça à vida: | |
| Medicamentos de emergência | Última ocorrência |

Indique se a criança apresenta um ou mais dos quadros abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| * Epilepsia ou convulsões   [Formulário de entrevista sobre convulsões](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Seizure%20Interview%20%5BPortuguese%5D%20-%208.21.2024.docx) | * Diabetes   [Formulário de entrevista sobre diabetes](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Diabetes%20Interview%20%5BPortuguese%5D%20-%208.21.2024.docx) |
| * Asma ou problemas pulmonares   [Formulário de entrevista sobre asma](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Asthma%20Interview%20%5BPortuguese%5D%20-%208.21.2024.docx) | * Problemas cardiovasculares |
| * Células falciformes * Hemofilia * Outro distúrbio sanguíneo | * Histórico de cirurgia, hospitalização e/ou traumatismo |
| * Problemas de saúde mental | * Outro(a) |

Liste todos os medicamentos que a criança toma em casa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicamentos | Grau, dose, via | Hora do dia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Se a criança precisar tomar medicamentos durante o dia letivo, preencha este formulário:

[Formulário de autorização para a administração de medicamentos](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Medication%20Authorization%20%5BPortuguese%5D%20-%208.21.2024.docx)

Se precisar de ajuda com qualquer um dos itens a seguir, a enfermaria pode fornecer recursos para ajudar a sua família

|  |  |
| --- | --- |
| * Obtenção de plano de saúde * Encontrar consultório médico, odontológico ou de saúde mental | * Habitação * Vestuário * Alimentação |

Ao assinar abaixo, permito que a enfermaria compartilhe os dados médicos da criança com o pessoal apropriado dentro da escola ou com a equipe médica a fim de manter a segurança contínua da criança na escola.

Pai, mãe e/ou responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_