**FICHA MÉDICA**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO RM:** |
| **NOME DO ALUNO:** |
| **NOME SOCIAL:**  |
| **SEXO: ( ) M ( ) F** | **DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_** |
| **SÉRIE/MÓDULO:** | **CURSO:** | **TURNO:** |
| **ENDEREÇO:** |
| **TELEFONE:** |
| **Mãe: e-mail: cel.** |
| **Pai: e-mail cel.** |

|  |
| --- |
| **EM CASO DE EMERGÊNCIA** |
| **NOME:** |
| **TEL. RES.:** | **CEL.:** | **TEL. REC.:** |
| **GRAU DE PARENTESCO:** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE O ALUNO** |

1. **Tem alguma das doenças abaixo?**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Nenhuma( ) Amigdalite( ) Bronquite( ) Diabetes( ) Sinusite | ( ) Palpitação( ) Hemorragia( ) Dispnéia (falta de ar)( ) Convulsão( ) Outra(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Já teve alguma doença contagiosa?**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Sarampo( ) Coqueluche( ) Rubéola( ) Catapora | ( ) Tuberculose( ) Caxumba( ) Outra(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) Nenhuma |

1. **Possui alguma deficiência?**

Não ( ) Sim ( ) Qual ? ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Visual:** | **Física:** |
| **Auditiva:** | **Múltipla:** |
| **Intelectual:** | **Caso necessite de atendimento escolar especifico, entregar laudo médico atestando o problema de saúde.** |

1. **Teve problemas no crescimento?**

Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Teve atraso no desenvolvimento?**

Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Faz algum tratamento especializado?**

Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Faz uso de medicação controlada?**

Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Já foi submetido a tratamento cirúrgico ou ortopédico?**

Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **É alérgico?**

Não ( ) Sim ( ) A quê? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Há na família caso de:**

( ) Diabetes ( ) Epilepsia ( ) Doenças cardíacas ( ) Doenças mentais ( ) Outros

Especifique o grau de parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Realiza acompanhamento psicológico/psiquiátrico:**

 (   ) Sim      (    ) Não

1. **Se sim, faz uso de alguma medicação?**

(   ) Sim    (    ) Não

**Outras informações consideradas relevantes pelo responsável a respeito do aluno**

**Obs.: Esta ficha deverá ser preenchida, sem deixar dados incompletos. Quaisquer alterações ocorridas nos dados informados pelo responsável deverão ser imediatamente comunicadas à secretaria da escola.**

**As informações contidas nessa ficha são de uso exclusivo da escola.**

**As informações são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram.**

**São Bernardo do Campo,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_**de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **de 20**\_\_\_.

**Nome do informante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Grau de parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**