



FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS DOS ALUNOS

A - Identificação do (a) aluno (a)

Nome:	
Data de Nascimento: __ / __ / __	Sexo: () M () F
Nome do Pai:	Telefone (a lápis):
Nome da Mãe:	Telefone (a lápis):
Responsável:	Telefone (a lápis):
Endereço (a lápis):	

B - Dados do calendário vacinal

Atualizado ()	Atrasado ()	Sem informação ()
----------------	--------------	--------------------

C - Dados sobre o (a) aluno (a)

1. O aluno (a) vive com:	pais () só pai () só mãe () outros () _____
2. O parto foi:	normal () cesárea () fórceps () prematuro ()
3. Doenças que já teve:	catapora () meningite () hepatite () dengue () pneumonia () ALERGIAS: na pele () alimentar () bronquite () rinite () outra () _____
4. Teve problemas no crescimento?	SIM () NÃO () Qual? _____
5. Teve atraso no desenvolvimento?	SIM () NÃO () Qual? _____
6. Tem alguma dificuldade de:	enxergar () falar () ouvir () andar () movimentar braços e pernas ()
7. Tem ou teve problema no coração?	SIM () NÃO () Qual? _____
8. Faz acompanhamento desse problema?	SIM () NÃO () Onde? _____
9. Tem alergia a algum medicamento?	SIM () NÃO () Qual? _____
10. Tem intolerância a lactose?	SIM () NÃO ()

11. Tem intolerância ao glúten?	SIM () NÃO ()
12. Tem alguma deficiência?	SIM () NÃO () Qual? _____
13. Usa alguma prótese?	SIM () NÃO () Qual? _____
14. Tem ou teve desmaio ou convulsão?	SIM () NÃO ()
15. Toma alguma medicação?	SIM () NÃO () Qual? _____ Para quê? _____
16. É acompanhado por causa disso?	SIM () NÃO () Onde? _____
17. Tem diabetes?	SIM () NÃO ()
18. Faz tratamento por causa disso?	SIM () NÃO ()
19. Tem algum problema na coluna?	SIM () NÃO () Qual? _____
20. Já teve alguma fratura?	SIM () NÃO () Qual? _____
21. Tem dificuldades para caminhar?	SIM () NÃO ()
22. Já se submeteu a alguma cirurgia?	SIM () NÃO () Qual? _____
23. Tem problema com peso?	SIM () NÃO ()
24. Já esteve internado?	SIM () NÃO () Por quê? _____
25. Faz algum tratamento especializado?	psicólogo () fonoaudiólogo () terapia ocupacional () outro () Qual? _____

D - Outras observações
