

Aluno (a): \_\_\_\_\_

- 1) Apresenta algum problema de saúde?  Sim  Não
- 2) Qual o problema apresentado? \_\_\_\_\_  
A quanto tempo surgiu esse problema? \_\_\_\_\_
- 3) Faz controle médico?  Sim  Não  
Onde é feito o controle? \_\_\_\_\_
- 4) Seu filho já foi internado?  Sim  Não  
Por quê? \_\_\_\_\_
- 5) Já teve ataque, convulsão, desmaio ou perda de sentido?  
 Sim  Não  
Se respondeu sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_  
Em que ocasião? \_\_\_\_\_
- 6) Faz uso de alguma medicação?  Sim  Não  
Qual medicação? \_\_\_\_\_  
A quanto tempo? \_\_\_\_\_
- 7) Já teve alergia alguma vez?  Sim  Não  
O que provocou a alergia? \_\_\_\_\_
- 8) Tem dificuldade de respiração, asma, bronquite?  
 Sim  Não  
O que faz o seu filho chiar? \_\_\_\_\_
- 9) Seu filho tem reumatismo infeccioso ou sopro no coração?  
 Sim  Não
- 10) Seu filho é diabético?  Sim  Não
- 11) Seu filho tem algum problema de visão?  Sim  Não
- 12) Seu filho tem alguma dificuldade para ouvir?  
 Sim  Não
- 13) Seu filho tem problema na fala?  Sim  Não
- 14) Já tomou todas as vacinas?  Sim  Não  Não Sabe
- 15) Que medicamentos seu filho costuma tomar quando tem febre?  
 Tylenol  
 AAS  
 Dipirona/Novalgina

- 16) Alguns dos familiares (pais, irmãos e avós) ou morador da sua casa têm uma das doenças abaixo:  
Epilepsia (acessos)   
Diabete   
Tuberculose   
Esquistossomose   
Hanseníase
- 17) Seu filho tem algum defeito físico?  Sim  Não  
Qual? \_\_\_\_\_
- 18) Seu filho joga bola (futebol, queimada, handball)?  
 Sim  Não  
Anda de bicicleta?   
Corre?   
Faz Natação?
- 19) Há impedimento para que seu filho pratique Educação Física?  Sim  Não  
Se a resposta for sim, qual? \_\_\_\_\_
- 20) Seu filho tem algum problema de dente?  Sim  Não
- 21) Seu filho foi ao dentista?  Sim  Não
- 22) Já usou anestesia de dentista?  Sim  Não
- 23) Já arrancou dente no dentista?  Sim  Não
- 24) Já teve hemorragia em caso de extração?  Sim  Não
- 25) Outras observações sobre a saúde do aluno:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL:**

\_\_\_\_\_  
Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020