

### Questionário de Saúde

Nome da Criança:	Nome dos Pais/ Encarregado de Educação:
Data de Nascimento:	Telefone:
Endereço:	Telemóvel:
	Telefone do trabalho:

Em caso de uma emergência médica, se os pais ou o encarregado de educação não puder ser contacto, quem deverá ser notificado?

Nome:	Relação:
Telefone/Telemóvel:	
Endereço:	

Nome do Pediatra:	
Contacto:	Endereço:

#### **Alergias**

#### **Reacções**

Medicamentos	
Alimentos	
Insectos	
Outro	

Circule SIM ou Não

Sim ou Não      A minha criança encontra-se restrita de praticar exercícios físicos.  
Porquê? \_\_\_\_\_

Sim ou Não      A minha criança usa ou supostamente deve usar os dispositivos de correcção.  
Circule:    Óculos      Aparelho Auditivo      Aparelho Dentário      Outro

Sim ou Não      A minha criança toma medicamentos diariamente.

Nome	Dose	Razão
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sim ou Não A minha criança teve problemas médicos que requereu uma hospitalização especial após o nascimento.

Qual foi o problema?	
Durante quanto tempo esteve a sua criança lá?	

Sim ou Não A minha criança vê um médico especialista.

Nome: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_


A minha criança tem/teve o seguinte: (circule todas as respostas apropriadas)

Tosses/Asma	Problemas Intestinais	Exposição `a Tuberculose
Sopro Cardíaco /Deficiências Cardíacas	Problemas de Visão	Diabetes
Problemas dentários	Apreensão/Epilepsia	Febre Reumática
Anemia	Problemas de Aprendizagem	Varicela ou Catapora
Exposição ao Chumbo	Desenvolvimento Tardio	Fracturas Ósseas (ossos quebrados)

Explique: \_\_\_\_\_

Sim ou Não A minha criança tem problemas médicos que não foram mencionados acima. O quê? \_\_\_\_\_

Sim ou Não A minha criança já teve uma lesão grave.

Quando? \_\_\_\_\_ O que aconteceu? \_\_\_\_\_ Alguma deficiência associada? \_\_\_\_\_

--	--	--

Sim ou Não Eu tenho preocupações específicas sobre a saúde da minha criança que não foram abordados.

Especifique: \_\_\_\_\_

Sim ou Não A minha criança visita o dentista anualmente.

Nome do dentista: \_\_\_\_\_ Data da última visita: \_\_\_\_\_

Assinatura dos Pais/Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_