Use este formulário de declaração para fornecer informações sobre o seu estado de saúde atual.  
Para que todos os alunos estejam saudáveis é importante que os membros do corpo docente sejam conscientes do seu estado de saúde, então preenche os seguintes campos em detalhe.

Por favor, note que não oferecemos consultas médicas ou medicamentos na escola. Esta declaração será guardada confidencialmente.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Qual é o seu estado de saúde atual? | | | Muito bom  Normal  Não muito bom  Mau | | | |
| 1. Está atualmente sob tratamento devido a um problema de saúde? | | | Não  Sim | | Desde Ano/ Mês/  Nome da doença (　　　　　　　　　　　　 　 　） | |
| 1. Usa atualmente alguma medicação prescrita? Tomou alguma medicação prescrita no ultimo ano? | | | Não  Sim | | Data de prescrição: Ano/ Mês/  Medicação:　Sedativo ・ Medicamento antiepliéptico ・ Medicamento para asma ・ Outros（　　　 　 　　　　　　　 　） | |
| 1. Sofreu uma cirurgia ou foi hospitalizado nos últimos 5 anos? | | | Não  Sim | | Data: Ano/ Mês/  Motivo（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | |
| 1. Tem algum histórico de doença o o qualquer tipo de doença crônica? | | | Não 　Sim  ※Em caso afirmativo, por favor, escolha a opção apropriada abaixo e preenche os detalhes. | | | |
| 1. Tuberculose | Não  Sim | Início  　Ano/ Mês/ | | Estado atual 　Recuperado/a　 　Com medicação | | |
| 1. Transtorno mental | Não  Sim | Início  　Ano/ Mês/ | | Depressão  Ansiedade  Transtorno de pânico  Transtorno de déficit de atenção（TDA)  Trastorno de déficit de atenção com hiperatividade（TDAH)  Outros ( ) | | |
| 1. Alergias, incluindo asma | Não  Sim | Início  　Ano/ Mês/ | | Alimentos  Medicamentos  Produtos químicos  Outros（　　　　　　　　　　 　　 　 ） | | |
| 1. Malária ou outra doença contagiosa | Não  Sim | Início  　Ano/ Mês/ | | Nome: | | |
| 1. Diabetes | Não  Sim | Início Ano/ Mês/ | |  | | |
| 1. Outras | Não  Sim | Início  　Ano/ Mês/ | | Estado atual  Recuperado/a　  Com medicação | | |
| 1. Tem um histórico de vacinação? | | Tuberculose  Tríplice viral  Poliomielite  Sarampo  Rubeóla   Difteria  Tétano  Meningite　  Outras（　　　 ） | | | | |
| 1. Necessidades especiais de tratamento dietético ou restrições dietéticas | | Não  Sim | | | | Desde: Ano/ Mês/  Motivo（　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Por favor, escreva todas as informações relacionadas à saúde que a escola deve saber antecipadamente. | | | | | | |

**Declaro que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e corretas.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assinatura do interessado:** |  |  | **Data:** | **AAAA/ MM/ DD/** |