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 | InícioAno/ 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/**  |