

MPS STUDENT HEALTH QUESTIONNAIRE

Questionário de Saúde/Questionario de Salud

School: _____ Current Grade: _____
 Escola/Escuela Série atual/Classe atual
 Teacher/Liaison: _____
 Professor

Name: _____
 Nome / Nombre

Birthdate: _____
 Data de Nascimento / Fecha de Nacimiento

Name of Doctor: _____
 Doctor / Médico

Name of Dentist: _____
 Dentista

Date of last appointment (with Doctor): _____
 Data da última consulta (com Médico) / Fecha de la última cita (com Doctor)

(with Dentist): _____
 com Dentista / con Dentista

Does your child have Health Insurance?
 A sua criança tem seguro de saúde? / ¿Tiene su hijo(a) seguro de salud?

No _____ Yes _____ Company name: _____
 Não / No Sim / Si Companhia / Companhia

Does your child have Mass Health?
 A sua criança tem Mass Health? / ¿Tiene su hijo(a) Mass Health?

No _____ Yes _____ Number: _____
 Não / No Sim / Si Número _____

If you do not have health insurance, Massachusetts has health insurance plans that will provide uninsured children with affordable health care (restrictions may apply). Please contact the School Nurse for information about these programs. All communication will be confidential.

Se você não tem seguro de saúde, o estado de Massachusetts tem planos de seguro de saúde que proverão para crianças sem seguro, cuidado médico de maneira econômica (restições podem ser aplicadas). Favor contatar a Enfermeira da Escola para informação. Todos os contatos serão confidenciais.

Si usted no tiene seguros de salud. Massachusetts tiene un plan de seguros de salud al alcance de su presupuesto, para niños sin seguro de salud (se aplicancan restricciones). Por favor llame a la Enfermera de la Escuela para información acerca del programa. Toda la comunicación sera confidencial.

Check (✓) all that apply to your child. Assinalar (i) tudo o que se aplica a sua criança/Marque (i) las que apliquen a su hijo(a)

Allergies: _____ (food, environment, insect, medications –please specify): _____

Alergias (de alimentos, de ambiente, insetos, medicações – especificar) / Alergias (alimentos, medio ambiente, insectos, medicinas – especifique)

ADD/ADHD
 Hiperatividade / Desordende Atención

Asthma
 Asma

Autism
 Autismo

Depression
 Depressão / Depresión

Diabetes
 Diabete / Diabetes

Heart Condition
 Problemas no coração / Condición Cardiaca

Migraines
 Enxaqueca / Migrañas

OCD
 Compulsiva / Obsessiva

Seizure Disorder
 Convulsão / Convulsiones

Other:
 Outro / otro

Please specify problems with: Favor especificar problemas com / Por favor especifique si tiene problemas con:

Vision
 Visão / Ojos

Right
 Direito / Derecho

Left
 Esquerdo / Izquierdo

Glasses
 Óculos / Gafas

Contacts
 Lentes de contato/Lentes de contacto

Hearing
 Audição / Oídos

Right
 Direito / Derecho

Left
 Esquerdo / Izquierdo

Hearing Aid
 Aparelho de audição / Tiene audifono

Tubes
 Tubos/Entubado

Bone or joints
 Osso ou junta / Huesos o coyunturas

Dental
 Dentário / Dentales

Other
 Outros / Otros

Does your child have any physical limitation? No (Não / No) _____ Yes (Sim / Si) _____ Explain (Explique): _____
 A sua criança tem alguma limitação física? / ¿Tiene su hijo(a) limitaciones físicas?

Does your child need any special equipment? (walker, wheelchair, etc.) No (Não / No) _____ Yes (Sim / Si) _____ Explain (Explique): _____
 Sua criança precisa de algum equipamento especial? (andador, cadeira de rodas, etc.)
 ¿Necesita su hijo(a) de equipo especial? (caminador, silla de ruedas, etc.)

Please list all medications your child is taking: _____
 Favor, listar todos os remédios que sua criança esta tomando. / Por favor anote las medicinas que su hijo(a) toma.

Has your child been hospitalized during the last year? No (Não / No) _____ Yes (Sim/Si) _____ Explain (Explique): _____
 A sua criança foi hospitalizado durante o ano passado? / ¿Ha sido su hijo(a) hospitalizado durante el último año?

List any immunizations your child had during the last year: _____
 Liste alguma vacina que sua criança tomou durante o ano passado. / Anote las vacunas su hijo(a) tuvo el último año.

I give the school nurse permission to share this information with appropriate school/medical personnel. I give the school permission to exchange information with my child's primary care physician for the purposes of referral, diagnosis and treatment.

Eu autorizo a enfermeira da escola a divulgar estas informações com os funcionários apropriados da escola/médico. Também autorizo a troca de informações com o médico de minha criança com a finalidade de encaminhamento, diagnóstico e tratamento.

Doy mi permiso para que la enfemera escolar comparta esta información con el personal escolar/médico apropiado. Doy mi permiso para intercambiar información con el medico de cabecera, con el propósito de remitir, diagnosticar e por tratamiento.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
 Assinatura do Pai ou Responsável / Firma del Padre o Guardián Data / Fecha

Copy to School Nurse