

Cartão 6 de Registro do Aluno

Departamento de Educação do Estado de Maryland (sigla em inglês, MSDE)
Departamento de Saúde de Maryland (sigla em inglês, MDH)
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Rockville, Maryland

REGISTRO DE EXAME FÍSICO DAS ESCOLAS DE MARYLAND

Para Pais ou Responsáveis:

Para que seu filho entre pela primeira vez em uma escola pública de Maryland, os seguintes itens são **obrigatórios**:

- **Um exame físico feito por um provedor de saúde autorizado deve ser concluído dentro de nove meses antes de entrar no sistema de escola pública ou dentro de seis meses após entrar no sistema.** Um formulário de exame físico especificado pelo Departamento de Educação do Estado de Maryland e pelo Departamento de Saúde de Maryland deve ser usado para atender a este requisito.
- **Comprovante de imunizações básicas completas contra certas doenças transmissíveis na infância é necessário para todos os alunos da pré-escola até a décima segunda série.** Um formulário de Certificação de Imunização de Maryland para os alunos recém-matriculados pode ser obtido no Departamento de Saúde e Serviços Humanos local ou com a equipe da escola. O formulário e as [imunizações exigidas](#) devem ser completados antes que a criança possa frequentar a escola. ([Formulário MDH 896](#)).
- **Comprovação de teste de chumbo no sangue é necessária para todos os alunos que residam em uma área de risco indicada ou que estejam inscritos no Medicaid ao entrarem pela primeira vez no pré-escolar, no Kindergarten e na 1ª série, e para TODAS as crianças nascidas no dia ou a partir do 1º de janeiro de 2015.** O Certificado de Teste de Chumbo no Sangue do Departamento de Saúde e Higiene Mental de Maryland (DHMH 4620) (ou outro documento escrito assinado por um provedor de saúde autorizado) deve ser usado para atender a este requisito.

Isenções de imunizações são permitidas se forem contrárias às crenças religiosas do aluno ou da família e exigem a assinatura do pai/responsável no Formulário 896 do MDH. Os alunos também podem ser isentos dos requisitos de imunização se um profissional de saúde autorizado certificar que há uma razão médica para não receber a vacina. Isenções do teste de chumbo no sangue são permitidas se ele for contrário às crenças e práticas religiosas da família. O Certificado de Teste de Chumbo no Sangue deve ser assinado por um profissional de saúde autorizado informando que um questionário foi preenchido.

As informações de saúde deste formulário estarão disponíveis apenas para profissionais de saúde e educação que tenham um interesse educacional legítimo em seu filho.

Para ajudar seu filho a obter o máximo de sua experiência educacional, preencha a Parte I deste formulário de Exame Físico. A Parte II deve ser preenchida por um provedor de cuidados de saúde autorizado ou anexe uma cópia do exame físico do seu filho a este formulário. Se seu filho precisar de medicação e/ou tratamento na escola, você deve fazer com que o profissional de saúde autorizado preencha um formulário de administração de medicamento e/ou tratamento para cada medicamento e/ou tratamento a ser administrado. Esses formulários podem ser obtidos na escola do seu filho ou on-line no site de Montgomery County Public Schools (MCPS) no endereço www.montgomeryschoolsmd.org: [Formulário 525-12 de MCPS, Autorização para Fornecimento de Tratamento Medicamente Prescrito, Acordo de Liberação e Indenização](#), [Formulário 525-13 de MCPS, Autorização para Administrar Medicamentos Prescritos, Acordo de Liberação e Indenização](#), [Formulário 525-14 de MCPS, Cuidados de Emergência para o Gerenciamento de um Aluno com um Diagnóstico de Anafilaxia, Liberação e Acordo de Indenização para Autoinjeter de Epinefrina](#). Se você não tiver acesso a um provedor de cuidados de saúde autorizado ou se seu filho precisar de um procedimento de saúde individualizado especial, entre em contato com o diretor e/ou o enfermeiro da escola de seu filho.

Preencha este formulário de Exame Físico e devolva-o à escola do seu filho o mais rápido possível.

PARTE 1 AVALIAÇÃO DE SAÚDE		A ser preenchida pelo pai/responsável		No. de ID de MCPS
Nome do Aluno (Sobrenome, Nome, Nome do Meio) (Nome Preferencial)		Data de Nascimento (Mês, Dia, Ano)	Nome da Escola	Série
Endereço (Número, Rua, Cidade, Estado, Código Postal)			No. de Telefone	
Nomes dos Pais/Responsáveis				
Onde você costuma levar seu filho para cuidados médicos de rotina? Nome: _____ Endereço: _____			No. de Telefone	
Quando foi a última vez que seu filho fez um exame físico? Mês _____ Ano _____				
Quando foi a última vez que seu filho fez um exame odontológico? Mês _____ Ano _____				
Onde você costuma levar seu filho para tratamento odontológico? Nome: _____ Endereço: _____			No. de Telefone	

AVALIAÇÃO DE SAÚDE DO ALUNO			
Até onde você sabe, seu filho tem algum dos seguintes? Por favor, marque sim ou não abaixo.			
	Sim	Não	Comentários
Anafilaxia ou reações alérgicas graves			
Alergias (Alimentos, Insetos, Medicamentos, Látex)			
Alergias (Sazonais)			
Asma ou Problemas Respiratórios			
Problemas Comportamentais ou Emocionais			
Defeitos de Nascimento			
Problemas de Sangramento			
Paralisia Cerebral			
Problemas Dentários			
Diabetes			
Problema com o Ouvido ou Surdez			
Problemas Alimentares			
Problemas com os Olhos ou de Visão			
Lesão na Cabeça			
Problemas Cardíacos			
Hospitalização (Quando, Onde, Por quê)			
Intoxicação por/Exposição a Chumbo			
Problemas de Aprendizagem/Deficiências			
Limitações no que diz respeito à Atividade Física			
Meningite			
Prematuridade			
Problema com a Bexiga			
Problema com os Intestinos			
Problema de Tosse			
Convulsões			
Doença Falciforme			
Problemas de Fala			
Cirurgia			
Outro			
O seu filho toma algum medicamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em caso afirmativo, nome(s) do(s) medicamento(s): _____			
Seu filho vai precisar que algum medicamento seja administrado na escola? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em caso afirmativo, nome(s) do(s) medicamento(s): _____			
O seu filho vai precisar que algum medicamento de emergência (autoinjetores de epinefrina, inaladores, glucagon, Diastat, medicação nebulizada, etc.) seja administrado na escola? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em caso afirmativo, por favor liste _____			
Seu filho precisará que algum tratamento especial (alimentação por sonda G, cateterismo, etc.) seja administrado na escola? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em caso afirmativo, por favor liste _____			
Assinatura do Pai/Responsável			Data

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT		To be completed ONLY by authorized health care provider		MCPS ID#
Student's Name (Last, First, Middle) (Preferred Name)	Birthdate (Mo., Day, Yr.)	Name of School	Grade	
1. Does the child have a diagnosed medical condition? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____				
2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while at school? (e.g., seizure, severe allergic reaction/anaphylaxis to food or insect sting, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please work with the school nurse to develop an emergency plan. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____				
3. Are there any abnormal findings on evaluation of concern? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____				

EVALUATION FINDINGS/CONCERNS						
PHYSICAL EXAM	WNL	ABNL	Area of Concern	HEALTH AREA OF CONCERN	Yes	No
Head				Attention Deficit/Hyperactivity		
Eyes				Behavior/Adjustment		
ENT				Development		
Dental				Hearing		
Respiratory				Immunodeficiency		
Cardiac				Lead Exposure/Elevated Lead		
GI				Learning Disabilities/Problems		
GU				Mobility		
Musculoskeletal/Orthopedic				Nutrition		
Neurological				Physical Illness/Impairment		
Skin				Psychosocial		
Endocrine				Speech/Language		
Psychosocial				Vision		
				Other		

REMARKS: (Please explain any abnormal findings/health concerns.)

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS:** MDH 896 is required to be completed and attached by an authorized health care provider **or** a computer generated immunization record must be provided.

5. Is the child on medication? If yes, indicate medication and diagnosis. No Yes

(MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement and/or MCPS Form 525-14, Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector, must be completed for medication administration in school).

6. Will the child require medically provided treatments, such as urinary catheterization, tracheostomy, gastrostomy feedings, and oral suctioning? No Yes If yes, MCPS Form 525-12, Authorization to Provide Medically Prescribed Treatment, Release and Indemnification Agreement, must be completed.

7. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction. No Yes
MCPS Form 345-22 may be completed.

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT (continued)
To be completed ONLY by authorized health care provider

8. Screenings	Results/Date Taken	Comments
Tuberculin Test (PPD, QFT, Questionnaire)		
Blood Pressure/Heart Rate		
Height		
Weight		
BMI %tile		
Blood Lead Testing (DHMH 4620)		
Hemoglobin/Hematocrit		

(Student Name) _____ has had a complete physical examination and has:

- No evident problem that may affect learning or full school participation Problems noted above

Additional Comments:

Name of Authorized Health Care Provider (Type or Print)	Phone No.	Authorized Health Care Provider Signature	Date
---	-----------	---	------