



# do Distrito Escolar Regional de Ayer Shirley

## Formulário de Informações de Emergência e Saúde

As seguintes informações são solicitadas aos pais/responsáveis para que seu filho receba uma notificação imediata e para que seu filho receba atenção imediata em caso de doença ou lesão grave. Esses registros serão mantidos no escritório de saúde e permanecerão confidenciais.

Informações do Aluno	
Nome da Criança:	Data de Nascimento:
Série:	Professor/Orientador (novos registros em branco):
Seu filho mora com: ___ mãe ___ pai ___ ambos os pais ___ responsável/outra responsável	
1 Nome:	Telefone residencial:
Endereço:	Telefone comercial:
Email:	Celular Telefone:
Guardião 2 Nome:	Telefone residencial:
Endereço:	Telefone comercial:
Email:	Telefone celular:
Irmão(s) no Distrito Escolar Regional de Ayer Shirley	
Nome:	Escola:
Nome:	Escola:
Nome:	Escola:
Nome:	Escola:
<b>Contato(s) de emergência: Se não conseguir falar com os pais/responsáveis, por favor, liste os nomes das pessoas que você deseja que sejam chamadas.</b>	
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
<b>Informações Médicas Médico do</b>	
seu filho:	Telefone:
Dentista do seu filho:	Telefone:
Seguro Médico (selecione um): ___ Plano de Segurança Médica Infantil ___ Saúde em Massa ___ Seguro Privado	
<b>TODAS AS CRIANÇAS EM MASSACHUSETTS QUALIFICAM PARA SEGURO DE SAÚDE.</b> Planos de seguro de saúde de Massachusetts que fornecem cuidados de saúde acessíveis a crianças sem seguro estão disponíveis (restrições podem ser aplicadas). Entre em contato com a enfermeira da escola para obter mais informações sobre esses programas. Toda a comunicação é confidencial. Gostaria de obter informações sobre o MassHealth? Sim ___ Não ___	
<b>Você dá permissão para que os seguintes medicamentos sejam administrados pela enfermeira ao seu filho, conforme necessário?</b>	
<b>Marque todos os que se aplicam:</b>	
___ Acetaminofeno (Tylenol) ___ Ibuprofeno (Advil) ___ Tums ___ Creme de hidrocortisona	
___ Benadryl ___ Orajel ___ Gel sem queimaduras ___ Loção de calamina	



# Ayer Shirley Regional School District Health and Emergency Information Form

## Histórico médico:

seu filho está sendo tratado por alguma das seguintes condições?

\_\_\_\_\_ ADD/ADHD \_\_\_\_\_ Transtorno Convulsivo \_\_\_\_\_ Problemas oculares

\_\_\_\_\_ Doença renal \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Doença cardíaca

\_\_\_\_\_ Escoliose \_\_\_\_\_ Artrite \_\_\_\_\_ Dores

\_\_\_\_\_ Depressão \_\_\_\_\_ Ansiedade \_\_\_\_\_ Transtorno Bipolar

\_\_\_\_\_ Asma (Se sim, explique os desencadeantes e o tratamento)

\_\_\_\_\_ Alergias Alimentares

Se sim, descreva a reação

e o tratamento

Seu filho já foi diagnosticado com uma concussão? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Seu filho usa óculos? SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

Seu filho tem perda auditiva? SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

Seu filho toma algum medicamento regularmente? Se sim, por qual motivo? Indique o(s) medicamento(s):

1. Medicamento \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

2. Medicamento \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

3. Medicamento \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

**Se seu filho receber alguma imunização durante o ano letivo, envie documentação para o registro de saúde do seu filho na escola. Após a realização de um Exame Físico ou administração de vacina, os Consultórios Médicos não enviam essas informações para as escolas, é responsabilidade dos pais enviá-las à escola de seu filho.**

Inicial: \_\_\_\_\_

Compreendo que esta informação é confidencial. No entanto, a lei federal permite que as informações do registro de saúde da escola sejam compartilhadas com os funcionários da escola com base na "necessidade de saber" e com um número muito limitado de outras pessoas, incluindo aquelas que poderiam ajudar em caso de emergência. Em outras circunstâncias, será necessário meu consentimento. Autorizo a troca de informações com o profissional de saúde do meu filho. Entendo que posso limitar ou revogar este consentimento a qualquer momento.

Assinatura dos Pais/Responsáveis \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_