



## Hudson Public Schools Informações de saúde do estudante

Ano Letivo 2017-2018

**\*\* Por favor, complete com precisão e devolva-o à enfermeira da escola, porque isto irá acompanhar sua criança se precisar de cuidados de emergência.\*\***

A escola pode revelar informações sobre o aluno para as partes apropriadas por ocasião de uma emergência de segurança ou de saúde se as informações forem necessárias para proteger a saúde ou a segurança do aluno ou outras pessoas. (Regulamentos da Comunidade de MA: 603 CMR 23.07) A enfermeira da escola pode compartilhar informações de saúde que sejam necessárias para a saúde do aluno e segurança com o pessoal autorizado da escola.

Nome do aluno \_\_\_\_\_ Grau \_\_\_\_\_ Professor \_\_\_\_\_

Apelido \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Telefone residencial ( ) \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Idioma falado em casa: \_\_\_\_\_

Quem vive com a criança? Ambos os pais: \_\_\_\_\_ Um dos pais \_\_\_\_\_ Os pais dividem a guarda \_\_\_\_\_ Outros (encarregado) \_\_\_\_\_

Mãe/Encarregado de educação \_\_\_\_\_ Telefone celular ( ) \_\_\_\_\_

Emprego \_\_\_\_\_ Telefone do trabalho ( ) \_\_\_\_\_

Pai/Encarregado de educação \_\_\_\_\_ Telefone celular ( ) \_\_\_\_\_

Emprego \_\_\_\_\_ Telefone do trabalho ( ) \_\_\_\_\_

Correio Electrónico dos Pais \_\_\_\_\_ Verifique se a enfermeira da escola pode se comunicar por e-mail \_\_\_\_\_

Irmãos (ãs)/Escola /grau \_\_\_\_\_

Contacto de Emergência (deve ser diferente dos pais/encarregados) \_\_\_\_\_ Relação com a criança \_\_\_\_\_

Contacto de emergência Telefone residencial ( ) \_\_\_\_\_ Telefone do trabalho ( ) \_\_\_\_\_  
Telefone celular ( ) \_\_\_\_\_

Médico/Provedor de Saúde \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_

O seu filho tem seguro de saúde?  Não  Sim O seu filho tem Mass Health?  Não  Sim

O seu filho tem Seguro Dental?  Não  Sim **Se seu filho não tem seguro de saúde, por favor comuníque com a enfermeira da escola para que lhe proporcione informação.**

Por favor escreva os medicamentos que seu filho (a) toma regularmente em casa ou na escola \_\_\_\_\_

**Se seu filho (a) requiere medicamentos ou cuidados especiais na escola, por favor comuníque com a enfermeira. Uma ordem assinada por um médico licenciado e um bilhete escrito dos pais é necessário para a medicina ou tratamento ser administrado na escola (excepto como indica abaixo).**

Por favor, marque com um "X" na caixinha abaixo tudo o que aplicar a seu filho(a).	Se seu filho (a) está sendo seguido(a) por um especialista para uma condição de saúde, por favor escreva o nome do especialista abaixo:
<input type="checkbox"/> Alergia severa que <b>requere E pipen</b> (por exemplo alimentos, insectos)	
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	
<input type="checkbox"/> Alergias – outros <b>que não requiere EpiPen</b>	
<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> História de Contusões – Diagnóstico Médico: _____ Quantas? _____	
<input type="checkbox"/> Problemas Dentais/Dentes	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Problemas de saúde mental, emocional	
<input type="checkbox"/> Problemas de Ouvidos: direito esquerdo	
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	
<input type="checkbox"/> Enxaqueca	
<input type="checkbox"/> Convulsões	
<input type="checkbox"/> Problemas de vista: óculos lentes de contacto	
<input type="checkbox"/> Outro problema de saúde – especificar _____	

• **Eu dou permissão à Enfermeira da Escola para administrar o medicamento a meu filho(a) para a duração do ano letivo:**

Indique quais colocando um "X":  Acetaminophen (Tylenol)  Ibuprofen (Motrin/Advil) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ aplicação de pele de Caladryl ou loção de calamina

Assinatura de pais \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\*\*\* Por favor, devolva isto logo que possível, a enfermeira da escola \*\*\*

Versão revisada Junho 2017

Student Health Emergency Form Portuguese