

Escolas Públicas de Brockton
Boletim de Informação Confidencial de Emergência do Estudante

Data _____

Nome do Estudante _____

Endereço _____ Brockton, MA 0230 _____

Grau _____ Sala _____
 Data de Nasc. _____
 Local de Nasc. _____
 Tel da Casa. () _____
 Movel () _____

Emergências como doença súbita ou acidente ocorrem, com frequência, na escola. A sua criança será transportada para o hospital mais próximo, em caso de emergência.

Queira, por favor, preencher a informação que segue abaixo:

Nome do Pai #1/Enc. de Ed. #1 _____ Endereço _____ Cidade/Vila _____ Cód. Postal _____ Relação de Parentesco _____

Nome do Pai #2/Enc. de Ed. #2 _____ Endereço _____ Cidade/Vila _____ Cód. Postal _____ Relação de Parentesco _____

O estudante vive com o(s): País () Pai #1 () Pai #2 () Encarregado de Educação ()
 Ocupação do Pai #1/Enc. de Ed. #1 _____ Local do Emprego _____
 Endereço _____ Cidade/Vila _____ Tel. () _____
 Ocupação do Pai #2/Enc. de Ed. #2 _____ Local do Emprego _____
 Endereço _____ Cidade/Vila _____ Tel. () _____

Por favor, nomeie **mais dois adultos responsáveis** para cuidarem da sua criança quando você não pode ser contactado.

Nome _____ Endereço _____
 Cidade/Vila _____ Tel. () _____

Nome _____ Endereço _____
 Cidade/Vila _____ Tel. () _____

Por favor, informe se há qualquer restrição familiar (ex: Mandado de Restrição corrente)

Por favor, informe se a sua criança teve: Varicela ____ Rubéola ____ Tuberculose ____
 Por favor, informe se a sua criança usa: Aparelho de audição ____ Óculos ____ Dentadura ou Placa Dentária ____
 Liste qualquer **medicamento** ou **doença crônica**, como: dificuldades da visão ou de audição, doenças cardiovasculares, diabetes, asma, alergias*, ataques epiléticos, etc. Explicação: _____

***Informe todas as alergias** (seja específico) _____

Nome do Médico _____ Endereço _____ Tel. () _____
 Nome do Dentista _____ Endereço _____ Tel. () _____
 Seguro de Saúde _____ Número de Apólice _____
 Número do Grupo _____

Fez a sua criança exame físico nos últimos dois anos __ Sim __ Não Data _____ Última Visita ao Dentista Data _____

Dou a minha autorização para a Enfermeira da Escola trocar informações com o pessoal docente apropriado e para contactar o médico da minha criança, sempre que necessário.

Assinatura do Pai/Encarregado de Educação: _____ Data: _____

Liste outras crianças que vivem na mesma casa.

Nome	Data de Nascimento	Nome da Escola

Se não tiver nenhum seguro de saúde, o Estado de Massachusetts tem um plano de seguro que garantirá às crianças não seguradas o acesso aos cuidados de saúde (pode haver restrição). Se desejar mais informação sobre este programa, por favor, contacte a Enfermeira da Escola. A enfermeira da escola tem uma instrução efectiva do médico da escola para administrar Tylenol para a dor, febre, Epipen para anafilaxia desconhecida, Benadryl oral para a comichão, creme hidrocortisona para irritação inflamatória da pele, creme antibiótico para pequena abrasão e nebulização de Albuterol para asmático diagnosticado. Dou a minha autorização para a enfermeira da escola administrar os medicamentos acima mencionados, de acordo com a instrução do médico da escola.

Assinatura do Pai/Encarregado de Educação: _____ Data: _____

Cópias: Secretaria (original) Enfermeira (amarela) e professora da Sala (cor de rosa) Data de Entrada em vigor: 6/30/2014