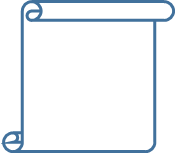
**ESCOLA TÉCNICA REGIONAL KEEFE**

POR FAVOR, IMPRIMA SUAS INFORMAÇÕES. OBRIGADO.

**INFORMAÇÃO DE EMERGÊNCIA MÉDICA**

**Por favor leia com cuidado, assine e**

**devolva este formulário à escola.**

Os requisitos obrigatórios de saúde do estado incluêm os seguintes: O SBIRT e o Exame da Postura ocorre na série 9. Os exames físicos são exigidos na série 10. Os exames da vista e audição, assim como o Índice da Massa Corporal (BMI) têm lugar na série 10. Os pais que decidirem isentar os filhos/filhas da avaliação do BMI devem submeter o requerimento por escrito à enfermeira da escola. **Você receberá e precisará de preencher este formulário todos os anos. Obrigado.**

Nome do Aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nasc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço (# & rua) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cidade) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telef. Resid.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O aluno mora com: Pais \_\_\_\_\_ Pai \_\_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_\_ Responsável \_\_\_\_\_ Pais Provisórios (Foster) \_\_\_\_\_ Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

por favor especifique

Circular: Mãe / Pai / Tutor Circular: Mãe / Pai / Tutor

Nome dos Pais/Responsáveis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome dos Pais/Responsáveis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Trabalho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empregador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Trabalho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço atual de email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amigo / creche / familiar que pode liberar o aluno para saída se não pudermos localizar os pais:

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telef \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telef \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pediatra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telef \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** \*\*Consentimento da Administração de Medicação Sem Receita Médica \*\* *consulte cada uma, indicando o seu desejo, e assine abaixo:***

Permissão para tomar Tylenol\_\_\_\_\_\_ Ibuprofen\_\_\_\_\_\_ TUMS\_\_\_\_\_\_ balas para garganta\_\_\_\_\_\_ Na escola quando necessário

**Em caso de emergência, eu dou permissão para meu filho/filha ser transportado de ambulância para o MetroWest Medical Center – Campus de Framingham para tratamento. Entendo que serei notificado da emergência assim que for possível.**

** Notificarei a escola se houver alguma mudança nas informações mencionadas acima ou na saúde do meu filho/filha.**

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

**\*Detalhe abaixo qualquer necessidade médica pertinente relevante para cuidar de seu filho Na escola (medicamentos, alergias, isenções religiosas etc.) – Esta informação será mantida confidencial pelas enfermeiras - em conformidade com a HIPAA.\***

POR FAVOR, VERIFIQUE TODAS AS CAIXAS QUE SE APLICAM AO ALUNO, E SE SIM, POR FAVOR MENCIONE OS DETALHES NA PARTE DE TRÁS.

* Alergia-comida/estac
* Ansiedade
* Asma
* Autismo/ASD
* Contusão
* Condição da pele
* Constipação
* DDA/DDAH
* Defeitos de nascimento
* Depressão
* Desordem do sono
* Desordem alimentar
* Diabetes
* Dificuldades de visão
* Doença de Lyme
* Doença renal
* Duração do desenvolvimento
* Enxaqueca
* Epilepsia/Convulsões
* Fibrose Quistica
* Gravidez
* Infeções auriculares
* Medicação diária
* Óculos / Contatos
* Paralisia Cerebral
* Pneumonia
* Problemas auditivos
* Problemas cardíacos
* Problemas de saúde mental
* Síndrome de Tourette
* Tuberculose
* Uso de aparelho auditivo

Mencione as condições médicas do seu filho/filha, se tiver assinalado a condição de SIM na página anterior, relativas a alergias, tais como ambientais, alimentares ou a qualquer medicamento. Por favor, partilhe quaisquer outras preocupações de saúde mental ou física que gostaria que fosse do conhecimento das enfermeiras para podermos cuidar melhor do seu filho/filha na escola:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Muito obrigado pela sua cooperação para podermos cuidar do seu filho/filha. ‘As Enfermeiras da Keefe Tech’

