

INCORMAÇÕES DE EMERGÊNCIA DA ENFERMARIA DA AMSACS 2022-23

Nome do(a) Aluno(a): _____ Série: 6^a 7^a 8^a 9^a 10^a 11^a 12^a
Sobrenome Nome Nome do Meio (por extenso)

Endereço: _____ Cidade/Município _____ Código Postal _____

Telefone Residencial: _____ E-mail: _____ Data

de Nascimento: _____ Cidade/Estado de Nascimento: _____ Nome da mãe: _____

Gênero: M F Não-binário Língua Principal: _____ Seu filho/Sua filha tem seguro de saúde? Não* Sim

Nome da Apólice: _____ Número da Apólice #: _____

Celular do(a) Aluno(a): _____ E-mail do(a) Aluno(a): _____

*Se você não tiver seguro de saúde, Massachusetts tem planos de seguro de saúde que garantem cuidados de saúde acessíveis/gratuitos (salvo restrições cabíveis) às crianças sem seguro. Entre em contato com a(o) enfermeira(o) da escola para obter mais informações sobre esses programas. Todas as comunicações serão confidenciais.

Nome e série dos irmãos no prédio da escola: _____

Em caso de emergência médica, a escola tentará entrar em contato com os pais/responsáveis antes de ligar para o prestador de cuidados primários do(o) aluno(o) (médico). Seu filho/Sua filha será transportado(a) de ambulância para uma unidade de atendimento de emergência, se necessário. Por favor, preencha as informações do(a) médico(a)

Médico(a) do(a) Aluno(a): _____ Telefone: _____

Data da última consulta: _____ Liste as vacinas tomadas no ano passado: _____

Dentista do(a) Aluno(a): _____ Telefone: _____

Data da última consulta: _____ Seu filho/Sua filha tem seguro odontológico? Sim Não

INFORMAÇÕES DE CONTATO COM A FAMÍLIA DURANTE O DIA

Contato principal #1

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____

Telefone celular: _____

Local de trabalho: _____

Telefone do trabalho: _____ ramal: _____

Endereço de e-mail: _____

Contato principal #2

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____

Telefone celular: _____

Local de trabalho: _____

Telefone do trabalho: _____ ramal: _____

Endereço de e-mail: _____

Outro(a) pai/padrasto/mãe/madrasta/responsável:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____

Telefone celular: _____

Local de trabalho: _____

Telefone do trabalho: _____ ramal: _____

Endereço de e-mail: _____

Por favor, indique se o seu filho/sua filha pode ser entregue a um dos pais não-custodiais em caso de doença e/ou emergência

sim não

Outros contatos

Por favor, indique os nomes dos amigos/parentes/vizinhos que assumirão a responsabilidade e oferecerão transporte para o seu filho/a sua filha em caso de doença/ferimento/emergência/evacuação da escola quando os pais/responsáveis não puderem ser encontrados. **Seu filho/Sua filha não pode ser liberado(a) para ninguém além daqueles que você listar aqui.**

1. Nome: _____

Relação: _____

Telefone: _____

2. Nome: _____

Relação: _____

Telefone: _____

VIRE E COMPLETE O OUTRO LADO POR FAVOR

Nome do(a) Aluno(a): _____ Série: 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª

Ônibus Pai/Mãe/Responsável busca Programa de Dia Estendido Programa de Atividades Extracurriculares
 Outro (especifique) _____

Por favor, marque todos que se aplicarem

<input type="checkbox"/> Doença Coronária	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Doença celíaca
<input type="checkbox"/> Enxaqueca	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Distúrbio epiléptico	
<input type="checkbox"/> Outra (especifique) _____	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> TOC	<input type="checkbox"/> Intolerância à lactose	

Alergias/Intolerância: A quê? (alimentos, insetos, medicamentos, ambiente) Especifique _____

Seu filho/Sua filha tem um autoinjeter de epinefrina? Não Sim Especifique _____

O seu filho/A sua filha tem um inalador de dose calibrada? Não Sim Especifique _____

Por favor, especifique quaisquer medicamentos ou tratamentos de que seu filho/sua filha precisa/pode precisar durante o horário escolar: _____

Por favor, liste todos os medicamentos que seu filho/sua filha está tomando em casa: _____

Atenção: Por lei, alunos não estão autorizados a transportar quaisquer medicamentos, seja sob receita ou de venda livre. Se seu filho/sua filha tiver uma condição médica ou estiver tomando medicamentos, preencha os formulários de medicação necessários e entre em contato com a(o) enfermeira(o) da escola, caso ainda não o tenha feito.

Por favor, especifique problemas com/de:

<input type="checkbox"/> Visão	<input type="checkbox"/> Direita	<input type="checkbox"/> Esquerda	<input type="checkbox"/> Óculos	<input type="checkbox"/> Lentes	<input type="checkbox"/> Assento preferencial
<input type="checkbox"/> Audição	<input type="checkbox"/> Direita	<input type="checkbox"/> Esquerda	<input type="checkbox"/> Aparelho auditivo	<input type="checkbox"/> Tubos	<input type="checkbox"/> Assento preferencial
<input type="checkbox"/> Dentes	<input type="checkbox"/> Aparelho	<input type="checkbox"/> Outro _____			

Fala _____

Ossos ou articulações _____ Musculatura/Esqueleto _____

Estômago/Intestino _____ Rim/Trato Urinário _____

Outro _____

Seu filho/Sua filha tem alguma limitação física? Não Sim _____

Seu filho/Sua filha precisa de algum equipamento especial? (andador, cadeira de rodas, etc.) Não Yes _____

Seu filho/Sua filha foi hospitalizado(a) durante o ano passado? Não Sim _____

Por favor, envie atualizações de exames físicos e imunizações, quando houver, diretamente para a(o) enfermeira(o) da escola. A lei estadual exige que os históricos de saúde sejam completos para frequentar a escola. Este formulário deve ser preenchido anualmente.

- Dou permissão à enfermeira da escola para compartilhar essas informações relevantes para a condição de saúde do meu filho/da minha filha com o pessoal apropriado da escola, quando necessário para atender às necessidades de saúde e segurança do meu filho/da minha filha. Sim Não
- Autorizo o compartilhamento de informações com o médico de cuidados primários do meu filho/da minha filha para fins de encaminhamento, diagnóstico e tratamento. Sim Não
 - Em caso de acidente ou lesão grave, se não for possível entrar em contato comigo pelos números acima, autorizo a escola a providenciar transporte até o pronto-socorro do hospital mais próximo para ser atendido(a) pelo médico de plantão. Sim Não

Assinatura (pai/mãe/responsável) _____ Data: _____

If you need this information translated, please copy and paste it into Google Translate. The link to Google translate is <http://translate.google.com/>

Spanish

Si necesita que se le traduzca esta información, por favor, copie y pegue en Google Translate. El enlace de Google Translate es <http://translate.google.com/>

Portuguese

Caso precise traduzir esta informação, por favor, copie-a e cole-a no Google Tradutor. O link para o Google Tradutor é <http://translate.google.com/>

Chinese

如果您需要翻译此信息，请将其复制并粘贴到 Google 翻译中。谷歌翻译的链接是 <http://translate.google.com/>

Rúguǒ nín xūyào fānyì cǐ xìnxi, qǐng jiāng qí fùzhì bìng zhāntiē dào Google fānyì zhōng. Gǔgē fānyì de liànjiē shì <http://Translate.Google.Com/>

Arabic Google الرابط إلى ترجمة Google. إذا كنت بحاجة إلى ترجمة هذه المعلومات فالرجاء نسخها ولصقها في ترجمة Google هو : <http://translate.google.com/>