

**Westborough Public Schools**  
**INFORMAÇÃO DE SAÚDE DO ALUNO**  
**STUDENT HEALTH INFORMATION**  
**4º - 6º ANOS**  
**Grades 4 - 6**

**Por favor, preencha com precisão, pois esta informação irá acompanhar o seu filho para o hospital se for necessário tratamento de urgência. Devolva o mais rapidamente possível.**

**Please complete accurately as this will accompany your child to the hospital if emergency treatment is needed, and return as soon as possible.**

Nome do Aluno \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Telefone de Casa \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Nome dos Pais/Tutor \_\_\_\_\_ Nome dos Pais/Tutor \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Empregador \_\_\_\_\_  
Employer \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_

Telefone do Trabalho \_\_\_\_\_ Telefone do Trabalho \_\_\_\_\_  
Work Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_  
Cell Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

A criança vive com \_\_\_\_\_ Língua falada em casa \_\_\_\_\_  
Child lives with \_\_\_\_\_ Language(s) spoken at home \_\_\_\_\_

Irmãos/idades \_\_\_\_\_  
Siblings/ages \_\_\_\_\_

**Contatos de Urgência** (Adultos locais que cuidarão do seu filho se não puder ser contactado)

**Emergency Contacts** (Local adults who will care for your child if you cannot be reached)

Nome \_\_\_\_\_ Telefone durante o dia \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Daytime phone \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Telefone durante o dia \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Daytime phone \_\_\_\_\_

**Prestadores de Cuidados de Saúde**  
**Health Care Providers**

Médico/Enfermeiro/Médico Assistente \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Doctor/NP/PA \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Dentist \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Companhia de Seguros de Saúde \_\_\_\_\_ Apólice N.º \_\_\_\_\_  
Health Insurance Co. \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

***Se não possui um seguro de saúde, entre em contacto com o enfermeiro da escola para obter informações sobre os programas de Massachusetts.***

***If you do not have health insurance, please contact the school nurse for information about Massachusetts programs.***

**Problemas de Saúde** (como asma, diabetes, problemas cardíacos, convulsões, enxaquecas, - por favor, anexe páginas adicionais, se necessário)

**Health Problems** (such as asthma, diabetes, heart conditions, seizures, migraines, - please attach additional pages if needed)

Alergias: ☐ Alimentares ☐ Insetos ☐ Medicamentos ☐ Outro: \_\_\_\_\_  
Allergies: Food Insects Medication Other:

Por favor, especifique a fonte/tratamento:

Please specify source/treatment:

Limitações em atividades físicas (Educação Física, recreio, desportos de equipa) \_\_\_\_\_  
Limitations in physical activity (PE, recess, team sports)

Página 2

Page 2

Nome do Aluno \_\_\_\_\_  
Student Name

Medicação que o seu filho toma (dose/hora) \_\_\_\_\_  
Medication that your child takes (dose/time)

**Se o seu filho necessitar de algum medicamento ou tratamento especial enquanto estiver na escola, entre em contacto com o enfermeiro da escola. Uma ordem assinada por um prescritor licenciado e uma permissão parental são necessários para QUALQUER medicamento ou tratamento dado na escola.**

**If your child requires medicine or any special treatment while at school, please contact the school nurse. A signed order from a licensed prescriber and parental permission are required for ANY medicine or treatment given in school.**

- Dou permissão para que o enfermeiro preste um tratamento menor de primeiros socorros, que pode incluir a aplicação de uma pomada antibiótica ou produtos de cuidados para a pele, como um desinfetante suave, loção para as mãos ou loção com caladryl, aloé ou lidocaína.
- I give permission for the nurse to provide minor first aid treatment which may include the application of antibiotic ointment or skin care products such as a mild cleanser, hand lotion, or lotion with caladryl, aloe, or lidocaine.
- Dou permissão para que o enfermeiro partilhe informações relevantes com o pessoal da escola apropriado de modo a satisfazer as necessidades de saúde e segurança do meu filho.
- I give permission for the nurse to share relevant information with appropriate school personnel to meet the health and safety needs of my child.
- Em caso de acidente ou doença grave, solicito que o enfermeiro da escola entre em contacto comigo. Se não conseguir entrar em contacto comigo ou com nenhum dos meus designados, autorizo a escola a entrar em contacto com o prestador de cuidados médicos do meu filho. Se necessário, a escola ligará para o 911 e enviará o meu filho com um adulto da escola para o hospital para tratamento de urgência. A escola não se responsabilizará pelos custos médicos.
- In case of accident or serious illness, I request that the school nurse contact me. If unable to reach me or one of my designees, I authorize the school to contact my child's medical provider. If needed, the school will call 911 and send my child with an adult from school to the hospital for emergency treatment. The school has no liability for medical costs.

Assinatura dos Pais/Tutor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature Date