

ACADEMIA CHARTER DE MATEMÁTICA E CIÊNCIA AVANÇADA

Folha de Informações da Enfermaria Escolar e Permissão dos Pais para Medicamentos de Venda Livre 2024-25

****** Por favor, preencha com precisão e devolva prontamente à Enfermaria Escolar, pois essas informações poderão ser consultadas caso seja necessário atendimento de emergência para seu filho/sua filha.**

Nome do(a) aluno(a) conforme certidão de nascimento: _____ Série de ingresso: _____ Gênero: () Masculino () Feminino () Não binário

_____ Data de nascimento: _____

Sobrenome

Primeiro nome

Segundo nome

Endereço: _____ Cidade/Município: _____ Código postal: _____

Celular do(a) aluno(a): _____ Língua principal: _____ Língua principal usada em casa: _____

O(A) aluno(a) mora com quem? () Pai e mãe () Pai ou mãe () Pais dividem custódia () Outro (responsável)

Nome e série de irmãos no mesmo prédio escolar: _____

Transporte: Ônibus _____ Pais levam/buscam _____ Programa de dia estendido _____ Programas pós-escola _____

Em caso de emergência médica, a escola tentará contatar o(a) pai/mãe ou responsável antes de transportar o(a) aluno(a) em uma ambulância para uma unidade de emergência, se for considerado necessário. Por favor, preencha as Informações de Contato do Pai/Mãe ou Responsável e do(a) Profissional de Serviços Médicos. Seu filho/sua filha não poderá ser liberado(a) para ninguém além das pessoas listadas aqui:

Contato emergencial nº 1:

Contato emergencial nº 2:

Nome: _____ Nome: _____

Relação com o(a) aluno(a): _____ Relação com o(a) aluno(a): _____

Telefone residencial: _____ Telefone residencial: _____

Telefone celular: _____ Telefone celular: _____

Telefone comercial: _____ Telefone comercial: _____

Empregador: _____ Empregador: _____

E-mail: _____ E-mail: _____

Outro contato: (Tem custódia/Cônjuge do(a) pai-mãe/Responsável)

Outro contato: (Parente local/Amigo(a))

Nome: _____

Nome: _____

Relação com o(a) aluno(a): _____

Relação com o(a) aluno(a): _____

Telefone: _____

Telefone: _____

Nome do(a) médico(a): _____ Telefone do consultório: _____

Empresa do seguro de saúde (Nome) _____ Apólice nº _____ () Não tem

Nome do(a) dentista: _____ Telefone do consultório: _____

Empresa do seguro odontológico (Nome) _____ Apólice nº _____ () Não tem

Informe quaisquer medicamentos que seu filho/sua filha esteja utilizando atualmente (em casa e/ou na escola):

Informe as alergias

(Medicamento/Alimentares): _____

ALERGIAS: Se devido à alergia a picadas de abelha ou a amendoim/nozes/outras comidas for necessário que haja uma EpiPen na escola, por favor, obtenha a prescrição por escrito do(a) profissional de serviços médicos, indicando quais são os suprimentos e o Plano de Ação para Alergia - envie para a Enfermaria Escolar.

Seu filho/Sua filha tem um Injetor Automático de Epinefrina: () Sim

Especifique a alergia: _____

ASMA: Se seu filho/sua filha precisar de um inalador na escola, por favor, obtenha a prescrição por escrito do(a) profissional de serviços médicos, indicando quais são os suprimentos e o Plano de Ação para Asma - envie para a Enfermaria Escolar.

Seu filho/Sua filha tem um inalador dosimetrado: () Sim

Especifique (Tipo/Uso/Frequência): _____

DIABETES: Por favor, obtenha a prescrição por escrito do(a) profissional de serviços médicos, indicando quais são os suprimentos e o e o Plano de Ação para Diabetes - envie para a Enfermaria Escolar.

Especifique qualquer medicamento ou tratamento que seu filho/sua filha precisará ou poderá precisar durante o horário escolar: _____

Convulsões: Por favor, obtenha a prescrição por escrito do(a) profissional de serviços médicos, indicando o Plano de Ação para Convulsões - envie para a Enfermaria Escolar.

Especifique qualquer medicamento ou tratamento que seu filho/sua filha precisará ou poderá precisar durante o horário escolar.: _____

Marque quaisquer questões de saúde relacionadas ao seu filho/à sua filha e explique (medicação/tratamento). Cite o nome do(a) especialista se ele(a) estiver sob cuidados médicos.

() Visão(Óculos/Lente de contato) _____ () Audição (Aparelho) _____ () Fala _____

() Dental _____ () Escoliose _____ () Muscular _____

() Dor de cabeça _____ () Enxaquecas _____ () Asma _____

() Alergia _____ () Preocupações neurológicas _____ () Convulsões _____

() Histórico de concussão _____ () Diabetes _____ () Problema cardíaco _____

() Problema gastrointestinal _____ () DDA/TDAH _____

() Preocupações emocionais, comportamentais ou de saúde mental _____

() Outras questões de saúde _____

() Limitações físicas, uso de equipamentos especiais _____

Dou permissão ao(à) enfermeiro(a) escolar para compartilhar estas informações relevantes sobre a condição de saúde do meu filho/da minha filha com os funcionários escolares apropriados quando for necessário para atender às necessidades de saúde e segurança do meu filho/da minha filha. Dou permissão para que haja troca de informações com o(a) médico de cuidados primários do meu filho/da minha filha com o propósito de encaminhamento, diagnóstico e tratamento. () Sim () Não

No caso de uma emergência ou lesão grave e eu não puder ser contatado(a) nos números informados, autorizo a escola a providenciar transporte para o pronto-socorro mais próximo para tratamento.

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

Permissão dos Pais para Pedidos de Medicamentos de Venda Livre (OTC, pela sigla em inglês) 2024-25

De acordo com as ordens e protocolos permanentes da AMSA assinados pela médica escolar, Dra. Angela Hunt, M.D., os medicamentos listados abaixo serão dados com a permissão por escrito de um dos pais ou responsável. Seu filho/Sua filha pode receber até três (3) doses de cada medicamento por ano letivo - esses medicamentos são destinados a uso muito raro. Nenhum medicamento será administrado se seu filho/sua filha apresentar febre ou sinais de doença ou condição que exija avaliação de um(a) profissional de serviços médicos. Outros métodos de alívio da dor, como compressas de gelo/calor, repouso e hidratação/lanches, serão utilizados antes de oferecermos medicamentos. Qualquer aluno(a) que necessite de mais de 3 doses por ano letivo deverá obter a prescrição do(a) profissional de serviços médicos.

Meu filho/Minha filha tem permissão para receber o(s) medicamento(s) marcado(s) abaixo. Entendo que este medicamento será administrado apenas após o(a)(s) enfermeiro(a)(s) fazer(em) uma avaliação e determinar(em) que é apropriado:

() Ibuprofeno 400 mg, alívio da dor () Acetaminofeno 650mg, alívio da dor () Pastilhas para garganta, alívio de garganta inflamada/tosse

() Caladryl, alívio de coceira, uso tópico () Vaselina (petrolatum) ou bálsamo labial para lábios rachados ou cuidados com feridas

Por favor, me ligue toda vez que meu filho/minha filha receber uma dose de medicamento. () Sim () Não Telefone: _____

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