

## Escolas Públicas de Brockton

### Formulário de Informações Confidenciais de Emergência para Estudantes

**(Todas as Informações Devem ser Preenchidas - Sem Espaços em Branco)**

Nome do Aluno: Data de Nascimento: Série:  
Casa Sala/Professor ID do aluno/Almoço nº: (BHS) Casa:

Morada residencial/cidade:

**1. Pais/Encarregados de Educação:**

**Relação com o Aluno**

Telefone Residencial: Telemóvel: Telefone Comercial: E-mail:

**2. Pais/Encarregados de Educação:**

**Relação com o Aluno**

Telefone de casa: Telemóvel Telefone de trabalho: E-mail:

**3. Contacto de emergência adicional (local, se possível)**

**1. Contacto:** Telefone de casa: Telemóvel: Telefone de trabalho:

**2. Contacto:** Telefone de casa: Telemóvel: Telefone de trabalho:

**\*\*Indique se existe alguma restrição parental (medida de restrição atual):**

Os Regulamentos do Estado de Massachusetts 102 CMR 7.07, 105 CMR 220 e CMR 200 exigem que todos os alunos do ensino pré-escolar ao 12º ano sejam totalmente imunizados e façam um exame físico ao entrar na escola e a cada 3 anos a partir daí . Por favor, forneça à enfermeira da escola as informações necessárias.

**Condições/Alergias Médicas ou de Saúde Mental:** (Se não existirem condições médicas/de saúde mental, colocar N/A)  
**Condições:**

**Alergias:**

**Dispositivos/Equipamento de Assistência:**

**Medicamentos (administrados em casa; e os a administrar na escola)**

**Prestador de cuidados primários:** (Não deixar em branco se não houver Prestador de Cuidados Primários colocar N/A)

**Nome do prestador:**

**Número de telefone do prestador:**

**Endereço do prestador:**

**Seguro de Saúde:** (Não deixar em branco se não houver seguro colocar N/A)

**Fornecedor de seguros:**

**Número da apólice de seguro**

Por favor, notifique a enfermeira da escola se precisar de assistência para obter um prestador de cuidados primários ou seguro de saúde

**ACORDOS DE LANÇAMENTO:** Visite: [bpsma.org/departments/health-services](http://bpsma.org/departments/health-services); analisar integralmente os seguintes documentos: Nurse Share Information, Doctor Standing Orders Não deixar em branco se nenhum prestador de cuidados primários colocar N/A); Medicamentos/tratamentos prescritos, Acordo de Saúde em Massa (Resumo na última página)

### **ENFERMEIRA PARTILHA INFORMAÇÃO**

Dou permissão à enfermeira da escola para partilhar informações médicas com o pessoal escolar adequado e contactar o médico do meu filho quando necessário

**(ACIMA POR FAVOR LEIA)**

**ORDENS PERMANENTES:** Eu dou permissão para a enfermeira da escola administrar os seguintes medicamentos prescritos pelo médico da Brockton Public School:

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1. Tylenol para dor e/ou febre                             | ___ Sim ___ Não |
| 2. Creme ou pomada de cortisona para erupções cutâneas     | ___ Sim ___ Não |
| 3. Benadryl para coceira/sinais e sintomas de alergia      | ___ Sim ___ Não |
| 4. Creme antibiótico tripla para cortes e escoriações leve | ___ Sim ___ Não |
| 5. Protetor solar mínimo de 15 FPS (fornecido pelos pais)  | ___ Sim ___ Não |
| 6. EpiPen para anafilaxia desconhecida                     | ___ Sim ___ Não |
| 7. Anbesol Oral para dor na boca/dentes                    | ___ Sim ___ Não |
| 8. Sulfato de albuterol para asma                          | ___ Sim ___ Não |
| 9. Tums para dores de estômago e/ou azia                   | ___ Sim ___ Não |
| 10. Narcan para overdose de drogas                         | ___ Sim ___ Não |

**MEDICAMENTOS/TRATAMENTOS PRESCRITOS**

Eu dou permissão para a Enfermeira da Escola administrar qualquer medicamento ou tratamento prescrito por médico/provedor de serviços médicos para o qual uma ordem oficial tenha sido recebida.

**CONSENTIMENTO DOS PAIS PARA ACESSAR OS BENEFÍCIOS DO MASSHEALTH (MEDICAID) (Este é um resumo)**

O distrito escolar está pedindo a sua permissão/consentimento para compartilhar informações sobre seu(s) filho(s) com o MassHealth (**Contrato do Mass Health**). As informações que compartilharemos são ID do MassHealth, nome, data de nascimento, sexo, tipo de serviço fornecido, quando o serviço foi fornecido e por quem.

Os distritos escolares em Massachusetts foram aprovados para receber reembolso parcial do MassHealth pelos custos de serviços relacionados à saúde fornecidos pelo distrito escolar ao seu(s) filho(s).

Com a sua permissão, o distrito escolar poderá buscar reembolso parcial pelos serviços fornecidos pelo MassHealth.

O distrito escolar não pode compartilhar com o MassHealth informações sobre o/a seu/sua filho(a) sem a sua permissão.

1. O distrito escolar não pode exigir que você se inscreva no MassHealth para que o/a seu/sua filho(a) receba os serviços de saúde e/ou educação especial aos quais o/a seu/sua filho(a) tem direito.
2. O distrito escolar não pode exigir que você pague nada para o custo dos serviços de saúde e/ou educação especial do/da seu/sua filho(a). O distrito escolar não pode exigir que você pague uma coparticipação ou franquia para que ele possa cobrar o MassHealth pelos serviços fornecidos.
3. Se você der permissão ao distrito escolar para compartilhar informações e solicitar reembolso do MassHealth:
  - a. Isso não afetará a cobertura vitalícia disponível do/da seu/sua filho(a) ou outros benefícios do MassHealth fora da escola.
  - b. A sua permissão não afetará os serviços de educação especial ou os direitos do IEP do/da seu/sua filho(a).
  - c. A sua permissão não levará a nenhuma alteração nos direitos do MassHealth do/da seu/sua filho(a).
  - d. A sua permissão não levará a nenhum risco de perda de elegibilidade para outros programas financiados pelo Medicaid ou MassHealth.

Você tem o direito de mudar de ideia e retirar a sua permissão a qualquer momento (POR FAVOR, VEJA O DOCUMENTO COMPLETO NO SITE DO BPS): [www.bpsma.org/departments/health-services](http://www.bpsma.org/departments/health-services): Acordos de Liberação

\_\_\_ Li e revisei os seguintes acordos de liberação e dou permissão para o seguinte: (Deve responder Sim ou Não)

- |                                     |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| Enfermeiro Compartilha Informações: | ___ Sim ___ Não |
| Ordens Permanentes: (Veja Acima)    | ___ Sim ___ Não |
| Medicamento/Tratamento Prescrito:   | ___ Sim ___ Não |
| Acordo Mass Health:                 | ___ Sim ___ Não |

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