



do Distrito Escolar Regional de Ayer Shirley

Formulário de Informações de Emergência e Saúde

As seguintes informações são solicitadas aos pais/responsáveis para que seu filho receba uma notificação imediata e para que seu filho receba atenção imediata em caso de doença ou lesão grave. Esses registros serão mantidos no escritório de saúde e permanecerão confidenciais.

Informações do Aluno	
Nome da Criança:	Data de Nascimento:
Série:	Professor/Orientador (novos registros em branco):
Seu filho mora com: ___ mãe ___ pai ___ ambos os pais ___ responsável/outra responsável	
1 Nome:	Telefone residencial:
Endereço:	Telefone comercial:
Email:	Celular Telefone:
Guardião 2 Nome:	Telefone residencial:
Endereço:	Telefone comercial:
Email:	Telefone celular:
Irmão(s) no Distrito Escolar Regional de Ayer Shirley	
Nome:	Escola:
Contato(s) de emergência: Se não conseguir falar com os pais/responsáveis, por favor, liste os nomes das pessoas que você deseja que sejam chamadas.	
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Informações Médicas Médico do	
seu filho:	Telefone:
Dentista do seu filho:	Telefone:
Seguro Médico (selecione um): ___ Plano de Segurança Médica Infantil ___ Saúde em Massa ___ Seguro Privado	
TODAS AS CRIANÇAS EM MASSACHUSETTS QUALIFICAM PARA SEGURO DE SAÚDE. Planos de seguro de saúde de Massachusetts que fornecem cuidados de saúde acessíveis a crianças sem seguro estão disponíveis (restrições podem ser aplicadas). Entre em contato com a enfermeira da escola para obter mais informações sobre esses programas. Toda a comunicação é confidencial. Gostaria de obter informações sobre o MassHealth? Sim ___ Não ___	
Você dá permissão para que os seguintes medicamentos sejam administrados pela enfermeira ao seu filho, conforme necessário?	
Marque todos os que se aplicam:	
___ Acetaminofeno (Tylenol) ___ Ibuprofeno (Advil) ___ Tums ___ Creme de hidrocortisona	
___ Benadryl ___ Orajel ___ Gel sem queimaduras ___ Loção de calamina	



Ayer Shirley Regional School District Health and Emergency Information Form

Histórico médico:

seu filho está sendo tratado por alguma das seguintes condições?

_____ ADD/ADHD _____ Transtorno Convulsivo _____ Problemas oculares

_____ Doença renal _____ Diabetes _____ Doença cardíaca

_____ Escoliose _____ Artrite _____ Dores

_____ Depressão _____ Ansiedade _____ Transtorno Bipolar

_____ Asma (Se sim, explique os desencadeantes e o tratamento)

_____ Alergias Alimentares

Se sim, descreva a reação

e o tratamento

Seu filho já foi diagnosticado com uma concussão? _____ Quando? _____

Seu filho usa óculos? SIM _____ NÃO _____

Seu filho tem perda auditiva? SIM _____ NÃO _____

Seu filho toma algum medicamento regularmente? Se sim, por qual motivo? Indique o(s) medicamento(s):

1. Medicamento _____ Motivo _____

2. Medicamento _____ Motivo _____

3. Medicamento _____ Motivo _____

Se seu filho receber alguma imunização durante o ano letivo, envie documentação para o registro de saúde do seu filho na escola. Após a realização de um Exame Físico ou administração de vacina, os Consultórios Médicos não enviam essas informações para as escolas, é responsabilidade dos pais enviá-las à escola de seu filho.

Inicial: _____

Compreendo que esta informação é confidencial. No entanto, a lei federal permite que as informações do registro de saúde da escola sejam compartilhadas com os funcionários da escola com base na "necessidade de saber" e com um número muito limitado de outras pessoas, incluindo aquelas que poderiam ajudar em caso de emergência. Em outras circunstâncias, será necessário meu consentimento. Autorizo a troca de informações com o profissional de saúde do meu filho. Entendo que posso limitar ou revogar este consentimento a qualquer momento.

Assinatura dos Pais/Responsáveis _____ Data _____
