Transforming Education

Stephanie Dunham, RN
School Nurse
P 508-529-7758 x3006
sdunham@valleytech.k12.ma.us

Deanna Pavone, RN
School Nurse
P 508-529-7758 x3005
dpavone@valleytech.k12.ma.us

Blackstone Valley Regional Vocational Technical High School
65 Pleasant Street, Upton, MA 01568
F 508-529-3514
www.valleytech.k12.ma.us

Anthony E. Steele II
Superintendent-Director

Pacote das Enfermeiras - Português

Caros Pais/Responsável,
Gostaríamos de dar as boas-vindas a você e à sua criança ao Blackstone Valley Tech (BVT) e orientá-lo sobre as políticas no nosso **Escritório de Saúde**. Em anexo, você encontrará dois formulários que devem ser preenchidos e devolvidos até 9 de maio de 2025.

A participação em atletismo ou curso de estudo não pode ocorrer até que todos os registros de saúde estejam em vigor.

1. **Formulário de Informações de Emergência da Enfermeira:** Para dar Tylenol ou Ibuprofeno ao seu filho, precisamos deste formulário preenchido. **Este formulário é entregue <u>anualmente</u>**.

2. **Perfil de Saúde do Aluno**: Este formulário não é anual. É para alunos novos ao BVT.

3. **Físico**: Todos os alunos do BVT devem ter uma cópia de um exame físico (no último ano letivo) em arquivo no **Escritório de Saúde**. Os físicos são bon por 13 meses. Se o exame físico do seu aluno não for devido até depois de 9 de maio de 2025, então envie o seu mais recente completo.

4. **Plano de Ação de Alergia**: Este formulário precisa de ser preenchido **por um médico somente** se o aluno tiver uma alergia com risco de vida que exige que eles carregueum EpiPen. Seu médico tem este formulário.

Este pacote inteiro deve ser preenchido e devolvido, PARA OS ALUNOS QUE VÃO ENTRAR NO GRAU 9 OU PARA ESTUDANTES NOVOS ao BVT, em um envelope separado para o Blackstone Valley Tech – escritório de admissões até o dia 9 de Maio de 2025.

Sinceramente,

Stephanie Dunham, RN
School Nurse

Deanna Pavone, RN
School Nurse

FORMULARIO DE INFORMAOES DE EMERGENCIA DA ENFERMEIRA – Português

INFORMACAO DO ALUNO

ID: _____ Grau: _____ Curso: _____ Data de nascimento _____

Primeiro Nome: _____ Último Nome: _____

Endereço1: _____ Endereço 2: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEL

Pai: _____ Telemóvel: _____ Email: _____

Mãe: _____ Telemóvel: _____ Email: _____

Responsável: _____ Telemóvel: _____ Email: _____

Se os pais não puderem ser contatados em caso de uma emergência, name dos adultos responsáveis para chamar que podem apanhar o estudante:

Nome: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Telefone: _____

INFORMAÇÃO MÉDICA

Médico do estudante: _____ Telefone: _____

Eu dou permissão para que a enfermeira da escola, ou o pessoal da escola designado pela enfermeira, administre as seguintes:

☐ Paracetamol (Tylenol) ☐ Ibuprofeno (Advil) ☐ Pomada de bacitracin

☐ Antiácido (Tums) ☐ Creme de Hidrocortisona 1%

Se o seu filho não conseguir engolir comprimidos, por favor, forneça ao Consultório da Enfermeira Tylenol liquido e/ou ibuprofeno liquido

_____

Assinatura dos Pais/Responsável Data

Perfil de Saúde do Aluno – Português

Nome: _____ **Cidade:** _____

Local de nascimento: _____ **DDN:** _____ **Escola Enviando:** _____

A. O seu filho teve algumas das seguintes doenças?

	SIM	NÃO
Catapora		
Meningite		
Pneumonia		

B. O seu filho tem?

	SIM	NÃO
TDA/TDAH		
Ansiedade diagnosticada pr medico		
Asma		
Transtorno do Espectro Autista		
Depressão		
Diabetes		
Surdez		
Doença renal		
Enxaqueca diagnosticada pelo		
médico		
Escolios		
Distúrbio de Convulsão		
Outro (especifique		
abaixo)		

C. Saúde Mental?

	SIM	NÃO
O seu filho vê um terapista?		
O seu filho esteve em um programa de terapia parcial ou de internação?		
(Se "SIM", por favor dê detalhes)		

D. O Seu Filho Fez Alguma Operação?

	SIM	NÃO
Apêndice		
Hérnia		
Amígdalas-Adenoides		
Outro (especifique abaixo)		

E. O Seu Filho Já Teve Alguma das Seguintes?

	SIM	NÃO
Ossos quebrados		
Acidentes graves		
Lesão grave na cabeça		
(Se "SIM", por favor dê detalhes e tipo)		

F. O Seu Filho Foi Hospitalizado por Qualquer Outra Razão <u>nos Últimos 2 Anos?</u>

	SIM	NÃO
(Se "SIM", por favor dê detalhes)		

G. O Seu Filho Tem Alguma Alergia?

	SIM	NÃO
Ferrões de abelha		
Comida		
Picadas de insetos		
Medicamentos		
Outro (especifique abaixo)		

H. O Seu Filho Precisa de Medicamentos para uma Reação Alérgica?
Se "SIM", nós exigimos uma ordem do médico para o Escritório de Saúde antes do início das aulas.

	SIM	NÃO
EpiPen **<u>ORDEM NECESSÁRIA</u>**		
Benadryl **<u>ORDEM NECESSÁRIA</u>**		
Outro (especifique abaixo)		

Continua no verso →

I. O Seu Filho Usa Auxílios?

	SIM	NÃO
Aparelho auditivo		
Cadeira de rodas		
Outro (especifique abaixo)		

_____

_____

J. O Seu Filho Pode Participar em Todas as Atividades Escolares?
(Se NÃO, por favor explique abaixo)

SIM	NÃO

_____

_____

_____

K. O Seu Filho Toma Medicamentos Na escola Durante o Ano Escolar?
Se "SIM", por favor especifique e envie uma ordem médica para o Escritório de Saúde antes do início das aulas.

SIM	NÃO

_____

_____

_____

L. O Seu filho está num plano 504?
Se "SIM", por favor envie uma cópia do plano para o Serviço de Atendimento ao Aluno (Student Services).

SIM	NÃO

M. O Seu filho está num plano IEP?
Se "SIM", por favor envie uma cópia do plano para o Serviço de Atendimento ao Aluno (Student Services).

SIM	NÃO

Por favor, sinta-se à vontade para ligar para o Escritório de Saúde (Ext. 3005 ou 3006} se tiver dúvidas ou preocupações.

Se houver alguma informação que você NÃO gostaria que compartilhássemos com o conselheiro de orientação,, professor, professor de curso, etc. do seu filho, por favor liste abaixo:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura do Pai/Responsável Data