

# ESCOLA CHARTER DA ACADEMIA AVANÇADA DE MATEMÁTICA E CIÊNCIAS

## Folha de Informações do Escritório de Saúde do Aluno e Permissão dos Pais para Medicamentos de Venda Livre **2025-26**

**Preencha com precisão e devolva-o imediatamente à enfermeira da escola, pois isso pode acompanhar seu filho se for necessário atendimento de emergência.**

Nome do aluno: (Sobrenome) \_\_\_\_\_ (Primeiro) \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Não Binário

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Celular do aluno0: \_\_\_\_\_ Língua primária: \_\_\_\_\_ Língua primária em casa: \_\_\_\_\_

Com quem o aluno mora? ( ) Ambos os pais ( ) Um dos pais ( ) Os pais compartilham a custódia ( ) Outro (guardião)

Nome e série dos irmãos no prédio da escola: \_\_\_\_\_

Transporte: Bus \_\_\_\_ Retirada dos pais up \_\_\_\_ dia prolongado Program \_\_\_\_ depois da escola Programs \_\_\_\_\_

**Em caso de emergência médica, a escola fará tentativas de entrar em contato com os pais/responsáveis se o 911 for chamado. Preencha as informações de contato dos pais/responsáveis e do provedor médico.**

### Contato Primário #1:

Nome: \_\_\_\_\_

Relacionamento com o aluno: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_

### Contato Primário #2:

Nome: \_\_\_\_\_

Relacionamento com o aluno: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_

### Nome do contato de emergência (deve ser diferente de Pai/Responsável)

Nome: \_\_\_\_\_ Relacionamento com o aluno: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome do provedor médico: \_\_\_\_\_ Telefone do escritório: \_\_\_\_\_

**Por favor, liste todos os medicamentos que seu aluno está tomando atualmente - em casa e / ou na escola, incluindo OTC, prescrição, ervas / suplementos:**

\_\_\_\_\_

**Uma lista de alergias com risco de vida a: ( ) Alimentos ( ) Insetos / Abelhas ( ) Látex ( ) Medicamentos**

Em caso afirmativo, **especifique a alergia:**

\_\_\_\_\_

**Liste todos os problemas de saúde que se aplicam ao seu filho e explique (medicação/tratamento); Liste um nome e telefone de especialista # se estiver sob cuidados** \_\_\_\_\_

( ) **Limitações Físicas, Equipamento Especial** \_\_\_\_\_

Dou permissão à enfermeira da escola para compartilhar essas informações relevantes para a condição de saúde do meu filho com o pessoal escolar apropriado quando necessário para atender às necessidades de saúde e segurança do meu filho. Dou permissão para trocar informações com o médico de cuidados primários do meu filho para fins de encaminhamento, diagnóstico e tratamento. ( ) **Sim ( ) Não**

**Permissão dos pais para pedidos de medicamentos de venda livre (OTC) 2025-26** De acordo com as ordens e protocolos permanentes da AMSA assinados pela médica da escola, Dra. Angela Hunt, MD, os medicamentos listados abaixo serão dispensados com permissão por escrito de um dos pais ou responsável. Seu filho pode receber até três (3) doses a cada ano letivo de medicamentos OTC - esses medicamentos são destinados ao uso muito raro. Nenhum medicamento será dispensado se seu filho apresentar febre ou quaisquer sinais de uma doença / ou condição que justifique a avaliação de um médico. Outros métodos de alívio da dor, como compressas de gelo/calor, repouso e hidratação/lanche, serão usados antes que a medicação seja oferecida. Qualquer criança que precise de mais de 3 doses por ano letivo deve obter ordens de um médico.

**Meu filho tem permissão para receber o(s) medicamento(s) verificado(s) abaixo. Entendo que este medicamento será administrado somente depois que a(s) enfermeira(s) fizer(em) uma avaliação e determinar que é apropriado:**

( ) **Ibuprofeno 400 mg** (dose administrada com base no peso por ordem de pé pelo médico da escola), para alívio da dor.

( ) **Paracetamol 650mg** (Dose administrada com base no peso por ordem de pé pelo médico da escola), para alívio da dor

( ) **Caladryl**, para aplicação tópica na pele para alívio da coceira ( ) **Vaselina**- para pele seca, lábios rachados ou cuidados com pequenas feridas.

( ) Por favor, avise-me quando meu filho receber uma dose de ibuprofeno ou paracetamol

**Assinatura dos pais/responsáveis:** \_\_\_\_\_ **Data:**

Se seu filho precisar de medicação ou cuidados especiais na escola, entre em contato com o Escritório de Saúde. É necessária uma ordem médica assinada e um formulário de permissão dos pais para medicamentos ou tratamentos administrados na escola.

Editado em 03/06/25 MGW