

**CONSELHO DE EDUCAÇÃO DE ELIZABETH**  
**Elizabeth, New Jersey**

---

FORMULÁRIO DE LIBERTAÇÃO DE AUTO-MEDICAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ dou permissão para o meu filho/a, \_\_\_\_\_

Para auto-medicar-se com \_\_\_\_\_ como prescrito por \_\_\_\_\_  
(medicação) (nome do médico)

em situações de emergência em que a enfermeira ou o pai/encarregado da educação não esteja presente no local, fora do local, ou em uma atividade pós-escola.

- Concordo em fornecer uma cópia idêntica de qualquer inalador/s, epi-pen ou outro auto-injector, ou glucagon que será guardado num armário fechado no recipiente original no gabinete da enfermeira.
- Uma nota do médico que prescreve é anexada que inclui a dose e o tempo de medicação e uma notação de cada instância de administração, bem como a certificação de que o aluno é capaz de automedicação e foi instruído sobre a correta administração da sua medicação.
- No caso de o meu filho/a, \_\_\_\_\_, medicação auto administrada de acordo \_\_\_\_\_ Política do Conselho de Educação 5141.21 com \_\_\_\_\_  
Administrando medicação, liberto o distrito escolar de toda e qualquer responsabilidade.
- Recebi e revi as disposições da política 5141.21 De Administração de Medicamentos.

Assinatura de pais/encarregado da educação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**CONSELHO DE EDUCAÇÃO DE ELIZABETH**  
**Elizabeth, New Jersey**

---

**AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAÇÃO**

Nome do estudante: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Profesor/a: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Eu (nós) solicito autorização e consentimento para que o enfermeiro da escola ou um membro da equipa docente nomeado administrar a medicação prescrita pelo nosso médico particular ao meu filho/a durante a escola. Eu (nós) também libertamos o conselho de educação, o médico da escola, o enfermeiro escolar e todos os seus funcionários de qualquer responsabilidade relacionada com ela.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura de pais/encarregado da educação: \_\_\_\_\_

Assinatura de pais/encarregado da educação: \_\_\_\_\_

Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

---

**TO BE FILLED OUT BY THE PHYSICIAN**

Please administer the following medication: \_\_\_\_\_

Name of student: \_\_\_\_\_

Name of medication: \_\_\_\_\_

Prescribed dosage: \_\_\_\_\_

Side effects that may be expected: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

How long do you expect this student to be on the medication? \_\_\_\_\_

Comments or suggestions: \_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

### **APPROVAL OF SCHOOL PHYSICIAN**

I have reviewed the above request and authorize the school nurse or (faculty member) to administer the prescribed medication as ordered to (Name of Student) during school hours.

Physician's Signature: \_\_\_\_\_

(CONFIDENTIAL INFORMATION)

## Autorização compatível com a HIPAA para troca de informações sobre saúde e educação

Nome do paciente/estudante: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Autorizo \_\_\_\_\_ [inserir nome de médico de cuidados de saúde & título]

e \_\_\_\_\_ [inserir nome e título de funcionário da escola]

trocar informações/registos de saúde e educação para o fim a seguir indicado.

\_\_\_\_\_ [inserir endereço & telefone da escola/distrito escolar]

### Descrição::

A informação de saúde a divulgar consiste em:

A informação de educação a divulgar consiste em:

**Finalidade: Estas informações serão utilizadas para os seguintes fins:**

1. Avaliação educativa e planeamento de programas
2. Avaliação e planeamento da saúde dos serviços de saúde e tratamento na escola
3. Avaliação e tratamento médico
4. Outros: \_\_\_\_\_

### Autorização

Esta autorização é válida por um ano civil. Expirará na [data de inserção]. Sei que posso revogar esta autorização a qualquer momento, enviando um aviso por escrito da retirada do meu consentimento. Reconheço que os registos de saúde, uma vez recebidos pelo distrito escolar, podem não estar protegidos pela Regra de Privacidade da HIPAA, mas tornar-se-ão registos de educação protegidos pela Lei dos Direitos Educativos e privacidade da Família. Também compreendo que, se me recusar a assinar, tal recusa não interferirá na capacidade do meu filho de obter cuidados de saúde.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura de Estudante\*

\_\_\_\_\_  
Data

\*Se um estudante menor estiver autorizado a consentir com cuidados de saúde sem o consentimento dos pais de acordo com a lei federal ou estadual, apenas o estudante assinará este formulário de autorização.

Cópias: Pai ou estudante\*

Médico ou outro prestador de cuidados de saúde que divulguem as informações de saúde protegidas

Funcionário da escola solicitando/recebendo as informações de saúde protegidas

**CONSELHO DE EDUCAÇÃO DE ELIZABETH**  
**Elizabeth, New Jersey**

---

ADMINISTRAÇÃO DE EMERGÊNCIA DA EPINEFRINA

Caro \_\_\_\_\_,  
Pai/ encarregado da educação

O \_\_\_\_\_ Conselho de Educação informa-o de que se os procedimentos aprovados pelo conselho de administração são seguidos, o distrito e os seus empregados não responsabilizados por quaisquer reclamações, danos, perdas e despesas de qualquer tipo, incluindo honorários razoáveis de advogados em consequência de qualquer prejuízo decorrente da administração de emergência da epinefrina.

Eu, \_\_\_\_\_, assim, reconheço que, se o distrito os procedimentos são seguidos, o distrito não incorrerá em qualquer responsabilidade por quaisquer reclamações, danos, perdas e despesas de qualquer tipo, incluindo honorários razoáveis de advogados em resultado de qualquer prejuízo decorrente da administração de emergência da epinefrina.

Eu, \_\_\_\_\_, assim, indemnizar e manter inofensivo o distrito e seus funcionários, oficiais ou agentes contra qualquer e qualquer reclamação decorrente da administração de emergência da epinefrina.

Eu, \_\_\_\_\_, assim, reconhecer que se a epinefrina é administrado ao meu filho, a política e o procedimento distritais exigem que receba cuidados médicos imediatos na sequência da administração da epinefrina.

Eu, \_\_\_\_\_, assim, concordar ainda em assumir plenamente responsabilidade financeira por todos e quaisquer custos relacionados com os cuidados médicos prestados ao meu filho, incluindo, mas não se limitando a, despesas de transporte de e para uma unidade médica.

\_\_\_\_\_  
Pai/ encarregado da educação

\_\_\_\_\_  
Data

**Política e regulação do conselho: 5141.21 Administração da Epinefrina**