

Escolas Públicas de Lowell
FORMULÁRIO DE EMERGÊNCIA MÉDICA
(Retornar à enfermaria da escola)

Grau: _____

Sala: _____

Estudante: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: M / F

Endereço: _____ Telefone residencial: _____

Informações para pais/responsáveis

Nome do pai/mãe/responsável nº 1: _____ Nome do pai/mãe/responsável nº 2: _____

Telefone do Pai/Responsável nº 1: _____ Telefone do Pai/Responsável nº 2: _____

Número do Trabalho do Pai/Responsável 1: _____ Número do Trabalho do Pai/Responsável 2: _____

Idioma preferido do responsável 1 para o telefone: _____ Idioma preferido do responsável 2 para o telefone: _____

Caso o pai/responsável não esteja disponível, forneça os nomes de dois adultos da região que possam ser contatados em caso de doença ou emergência e que estejam autorizados a buscar a criança: (OBRIGATÓRIO)

Nome: _____ Celular: _____ Relação: _____

Nome: _____ Celular: _____ Relação: _____

Informações atuais sobre saúde estudantil

Alergias (enumerar tudo): _____ Uma EpiPen é prescrita? Sim ☐ Não ☐

Selecione todas as condições de saúde atuais aplicáveis: Por favor, forneça a documentação médica dos diagnósticos à enfermeira da escola.

☐ TDAH	☐ Diabetes	☐ Intolerância à lactose
☐ Ansiedade	☐ Óculos/Lentes de Contato	☐ Enxaquecas
☐ Asma	☐ Doença cardíaca	☐ Convulsões
☐ Autismo	☐ Problema de audição	☐ Drepanócito
☐ Depressão	☐ Fones de ouvido à esquerda ☐ direita ☐	☐ Outro (por favor descreva a continuação)

Comentários/notas adicionais: _____

Medicamentos: Por favor, liste os medicamentos que seu filho toma em casa (continue no verso, se necessário)

Medicamento: _____	Dosagem: _____	Horário: _____
Medicamento: _____	Dosagem: _____	Horário: _____
Medicamento: _____	Dosagem: _____	Horário: _____

Médico do aluno: _____ Número de telefone: _____
Seu filho tem plano de saúde? Sim ☐ Não ☐ MassHealth? Sim ☐ Não ☐

- Autorizo a enfermeira escolar a compartilhar informações relevantes sobre o estado de saúde do meu filho com os funcionários escolares apropriados, conforme necessário para atender às necessidades de saúde e segurança do meu filho.
- Em caso de emergência, meu filho será levado ao hospital pelos serviços médicos de emergência.
- Por meio deste documento, autorizo a enfermeira da escola a entrar em contato com o médico do meu filho, se necessário.
- Li e concordo com o Guia de Saúde Escolar para Pais, disponível no Manual do Aluno/Responsável em <https://www.lowell.k12.ma.us/departments/office-of-student-support-services/handbooks>.

Reviewed by RN

(initials)

(date)

Assinatura do pai/mãe ou responsável legal: _____ Data: _____