



Distrito Escolar Regional de Ayer Shirley

Informações de Saúde e Emergência Ano Letivo 26-27

Nome do aluno: _____ Professor: _____ Nota: _____

Por favor, circule a escola que seu filho frequenta: Ensino Médio, Ensino Fundamental, Ensino Superior, Direito

Medicamentos de venda livre (OTC, na sigla em inglês) são aqueles que não exigem receita médica para serem adquiridos. No sistema escolar, é necessário um pedido médico para administrar medicamentos OTC no consultório médico. Nosso médico escolar estabeleceu protocolos para os medicamentos listados abaixo. Os medicamentos OTC serão administrados de acordo com os protocolos vigentes. *Este formulário de autorização dos pais é necessário antes que qualquer medicamento de venda livre possa ser administrado na escola.*

*****POR FAVOR, INICIE CADA MEDICAMENTO PARA O QUAL VOCÊ ESTÁ DANDO
AUTORIZAÇÃO.*****

_____ Creme de hidrocortisona 1%
_____ Solução Salina Oftálmica
_____ Vaselina ou Aquaphor
_____ Caladryl ou loção de calamina
_____ Comprimidos antiácidos (Tums)
_____ Orajel

_____ Acetaminofeno (Tylenol)
_____ Ibuprofeno (Advil, Motrin)
_____ Difenidramina (Benadryl)
_____ Cloridrato de cetirizina (Zyrtec)
_____ Gel de Aloe Vera

O médico do seu filho: _____ Telefone: _____

Dentista do seu filho: _____ Telefone: _____

O oftalmologista do seu filho: _____ Telefone: _____

Plano de saúde (verifique, por favor):

Plano de Segurança Médica Infantil _____ MassHealth _____ Seguro Privado _____

Se seu filho precisar de plano de saúde, entre em contato com a enfermeira da escola para obter ajuda.

Histórico Médico

Por favor, liste TODAS as condições para as quais seu filho está sendo tratado atualmente.

Seu filho apresenta alguma das seguintes condições?

Asma _____ (Inalador e Plano de Ação para Asma necessários todos os anos letivos)

Por favor, explique _____

Alergias Alimentares _____ (É necessário o Plano de Ação Epipen e para Alergias todos os anos letivos) Por favor, explique _____

Alergia a picadas de insetos _____ (É necessário o Plano de Ação Epipen e contra Alergias todos os anos letivos) Por favor, explique _____

Outras alergias: Especifique a reação e o tratamento.

Seu filho usa óculos? SIM _____ NÃO _____
Seu filho tem perda auditiva? SIM _____ NÃO _____
Seu filho(a) foi diagnosticado(a) com escoliose? SIM _____ NÃO _____

Quando foi realizado o último exame físico do seu filho(a)? _____ (por favor, forneça uma cópia à enfermeira, caso ainda não o tenha feito)

Seu filho toma algum medicamento regularmente? Em caso afirmativo, por qual motivo? Liste os medicamentos:

1. Medicamento _____ Motivo _____
2. Medicamento _____ Motivo _____
3. Medicamento _____ Motivo _____

TRIAGENS DE SAÚDE EM ESCOLAS

Por favor, as iniciais **devem estar ao lado de cada tela para que** você dê **permissão para** que seu filho participe. Se nenhum dos formulários de triagem for assinado, seu filho não participará dos exames de saúde selecionados na escola.

_____ Exame **de acuidade visual**(Pré-escola ao 5º, 7º e 10º ano)
_____ Triagem **auditiva**(Séries K–3, 7 e 10)
_____ Avaliação **de altura, peso e IMC**(1º, 4º, 7º e 10º anos)
_____ Avaliação **postural**(5º ao 9º ano)
_____ Triagem **SBIRT**–*Triagem, intervenção breve e encaminhamento para tratamento.*(7º e 9º anos)

Caso seu filho receba alguma vacina durante o ano letivo, por favor, forneça a documentação atualizada ao setor de saúde da escola para que o prontuário de saúde dele seja atualizado. Observe que os consultórios médicos geralmente não enviam relatórios de exames físicos ou comprovantes de vacinação diretamente para as escolas. É responsabilidade dos pais/responsáveis enviar toda a documentação atualizada de saúde e vacinação para a escola do seu filho. Inicial: _____

Caso seu filho apresente alguma alteração em seu estado de saúde, condição médica, medicamentos ou plano de tratamento durante o ano letivo, informe a enfermeira da escola o mais breve possível. Os profissionais de saúde geralmente não comunicam essas alterações diretamente às escolas. É responsabilidade dos pais/responsáveis garantir que a escola receba informações atualizadas sobre a saúde do seu filho para que o cuidado e o apoio adequados possam ser oferecidos durante o período escolar. Inicial: _____

Entendo que as informações contidas no prontuário de saúde escolar do meu filho são confidenciais. No entanto, as leis federais e estaduais permitem que informações de saúde relevantes sejam compartilhadas com funcionários da escola que tenham uma necessidade legítima de conhecê-las para fins educacionais ou de saúde, bem como com indivíduos que possam ser solicitados a prestar assistência durante uma emergência médica. Em todas as outras circunstâncias, meu consentimento por escrito será obtido antes da liberação ou divulgação de informações de saúde, a menos que seja permitido de outra forma por lei. Inicial: _____

Assinatura do Pai/Responsável _____ Data _____