



DISTRITO ESCOLAR DO CONDADO DE PALM BEACH
SAÚDE E BEM-ESTAR DO ALUNO

Informações Sobre a Saúde do Aluno e Autorização dos Pais/ Responsável para Serviços de Assistência Médica na Escola

Este formulário deve ser preenchido pelo pai, mãe/responsável e entregue na escola para fornecer informações sobre a saúde do aluno e autorização para que o aluno(a) identificado abaixo receba qualquer um dos serviços de assistência médica na escola. Todos os campos devem ser preenchidos.

Nº do aluno(a)	Primeiro nome do aluno	I. M.	Último nome	Gênero	Data de nascimento
Primeiro nome do pai, mãe ou responsável		Último nome		Telefone	Parentesco com o aluno

Como exigido pelo E.F.1014.06(1), o pai, mãe ou responsável que tem a guarda da criança, deve autorizar que serviços de assistência médica sejam fornecidos ao aluno por um profissional de saúde ou pessoa autorizada por ele(a), como definido no E.F. 456.001 e 1006.062, caso o tratamento seja necessário enquanto o aluno estiver sob a supervisão da escola.

Quando necessário, a assistência médica de emergência, como primeiros socorros, reanimação cardiopulmonar (CPR, sigla em inglês) ou uso de um desfibrilador externo automatizado (AED, sigla em inglês) será prestada até que os serviços médicos de emergência cheguem na escola.

Marque Sim ou Não para cada serviço:

Serviços de assistência médica, incluindo cuidados e tratamento de doenças e lesões: Sim Não

Sim - essa resposta autorizará tratamentos incluindo, entre outros, lesões leves ou graves, ou doenças relatadas ou observadas enquanto o aluno estiver na escola. Caso não seja marcado sim, isso indicará que o aluno "não" receberá tratamento médico.

Não - essa resposta resultará em telefonemas para o pai, mãe ou responsável para ir à escola buscar o aluno devido a qualquer problema de saúde. Isso se refere a qualquer situação em que o aluno não esteja se sentindo bem, com dor de cabeça ou com uma lesão, como cortes, arranhões, inchaços ou contusões. O EMS será acionado para qualquer situação considerada grave.

Os alunos farão exames de saúde não invasivos de audição, escoliose, crescimento e desenvolvimento (IMC), visão e dentário, conforme o E.F. 381.0056(6)(e), a menos que os pais ou responsável optem por não participar, marcando "não" no lugar indicado abaixo. (A permissão é válida até ser revogada pelos pais. Consulte o Manual do Aluno e da Família do Distrito para obter mais informações.)

Exame de audição: Sim Não

Exame de escoliose: Sim Não

Exame de crescimento e desenvolvimento (índice de massa corporal): Sim Não

Exame de visão: Sim Não

Exame dentário: Sim Não

O programa de fluoreto de sódio é oferecido nas escolas cujo abastecimento de água local não contém fluoreto. Dou permissão para que meu filho(a) participe do programa de fluoreto de sódio para prevenir cáries dentárias. Sim (a permissão é válida até a 5ª série) Não

Alergias, medicamentos, problemas de saúde e informações do médico

O aluno tem alergias que podem ser potencialmente fatais? Sim Não

O aluno toma medicamento? Sim Não

O aluno tem problemas de saúde? Sim Não

O aluno foi encaminhado para serviços de saúde mental devido a uma expulsão escolar, detenção que resultou em acusação, ou medida do juizado de menores? Sim Não

Plano de saúde do aluno (marque todos que se aplicam) Medicaid Healthy Kids/Kid Care Particular Não tem plano de saúde

Nome do médico(a) _____ Telefone do médico(a) _____

Observação: Este formulário e uma autorização médica, serão exigidos para que os funcionários da enfermaria escolar ou funcionários da escola administrem medicamentos, com ou sem receita médica, realizem procedimentos médicos ou forneçam tratamento médico diariamente ou quando necessário.

Estou ciente de que esta autorização permanecerá em vigor até que o aluno mencionado acima seja transferido para outro distrito escolar, se forme ou se eu indicar por escrito que desejo revogar essa autorização para serviços de assistência médica na escola.

Nome do pai, mãe ou responsável em letra de fôrma _____

Assinatura do pai, mãe ou responsável _____

Data _____