DISTRITO ESCOLAR DO CONDADO DE PALM BEACH
EQUIDADE E BEM-ESTAR

Autorização dos Pais/Responsável para Serviços de Assistência Médica na Escola

Este formulário deve ser preenchido pelo pai, mãe ou responsável e entregue na escola para autorizar o aluno citado abaixo a receber quaisquer serviços de atendimento médico na escola listados abaixo. Todos os campos devem ser preenchidos.

Nº do aluno(a)	Primeiro nome do aluno(a)	I.M.	Último nome	Sexo	Data de nascimento

Nome do pai, mãe ou responsável	Último nome	Telefone	Parentesco com o aluno(a)

Como exigido pelo E.F.1014.06(1) os pais ou responsável, que tem a guarda da criança, deve autorizar que serviços de asssitência médica sejam fornecidos ao aluno por um profissional da saúde ou pessoa autorizada por ele(a), como definido nos 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.

Para cada serviço, marque Sim ou Não:

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

Sim - essa resposta autorizará tratamentos incluindo, entre outros, lesões ou doenças graves ou não relatadas ou observadas enquanto o aluno se encontrar na escola. Caso essa pergunta não seja respondida, isso indicará que o aluno "não" receberá tratamento.

Não - essa resposta resultará que o pai, mãe ou responsável seja chamado à escola para buscar o aluno devido a todos os problemas de saúde. Isso se refere a qualquer situação em que o aluno não estiver se sentindo bem, estiver com dor de cabeça ou com uma lesão, como cortes, arranhões, inchaços ou contusões. Para qualquer situação considerada grave, o atendimento médico de emergência (EMS, sigla em inglês) será acionado.

Teste de audição: ◯ Sim ◯ Não

Teste de escoliose: ◯ Sim ◯ Não

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

Teste de visão: ◯ Sim ◯ Não

Observação: Este formulário, juntamente com uma autorização médica, será exigido 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 outra escola do distrito escolar, se forme, ou se eu indicar por escrito que desejo revogar essa autorização para serviços de assistência médica.

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

The Department of Multicultural Education Translation Team certifies that this is a true and faithful translation of the original document. (561) 434-8620 April 2022 -SY22-1122