



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

## 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(a)	I. M.	Último nome	Gênero	Data de nascimento
Primeiro nome do pai, mãe ou responsável		Último nome		Telefone	Parentesco com o aluno(a)

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 ou lesões 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 que o pai, mãe ou responsável seja chamado à escola para buscar o aluno devido a qualquer problema 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. 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 optar 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 alergia que pode ser potencialmente fatal?  Sim (caso sim, forneça a lista à enfermeira)  Não

O aluno toma medicamento?  Sim (caso sim, forneça a lista à enfermeira)  Não

O aluno tem problemas de saúde?  Sim (caso sim, forneça a lista à enfermeira)  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, juntamente com 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.

Nome do pai, mãe ou responsável em letra de fôrma \_\_\_\_\_

Assinatura do pai, mãe ou responsável \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_