



THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

Informação de Emergência/Médica do Estudante

Sobrenome: _____ Nome: _____ Data de Nascimento: _____
MÊS/DIA/ANO
 Escola: _____ N° da sala: _____ Série: _____

Endereço residencial: _____ Telefone: _____
 Mãe: _____ E-mail: _____ Telefone: _____
 Pai: _____ E-mail: _____ Telefone: _____
 Responsável: _____ E-mail: _____ Telefone: _____

Abaixo, indique dois contatos de emergência (que não sejam os pais). Estes devem morar perto e estarem disponíveis para contato:

Escreva: nome / parentesco ou relação com a criança / telefone

1. _____
2. _____

Médico da criança/clínica: _____ Telefone: _____
 Plano de saúde: MA ___ CHIP ___ Particular ___ Provedor do plano de saúde: _____ N° do plano: _____

Circule abaixo para autorizar ou não a enfermeira a medicar o seu filho(a).

Acetaminophen (Tylenol)	SIM	NÃO
Ibuprofen (Advil, Motrin)	SIM	NÃO

Minha assinatura abaixo indica que compreendo as políticas e dou consentimento para:

Os cuidados médicos e/ou dentários de emergência, incluindo a administração de medicamentos de emergência, que possam ser necessários para preservar a vida do meu filho ou para prevenir danos à sua saúde, caso o tempo não permita obter o meu consentimento pessoal para tais cuidados. Entendo que serei contatado o mais breve possível e assumirei a responsabilidade de dar permissão para cuidados contínuos.

CIRCULE a seguir se seu filho(a):

Usa: Óculos Aparelho de audição
 Tem: Convulsões Diabetes Asma Déficit de Atenção

Alergias: substituição alimentar requer um novo pedido do médico todos os anos:

Outros problemas de saúde:

Seu filho(a) toma medicamento ____NÃO ____SIM (descreva abaixo)

Medicamento	Dose	Frequência/horário	Motivo

Sua assinatura nos autoriza a tratar seu filho(a) em caso de uma emergência e permite que enfermeiras escolares do Distrito Escolar de Filadélfia administrem os medicamentos indicados por você neste formulário de emergência durante o dia letivo, em passeios da escola e atividades após a aula.

Eu autorizo a enfermeira da escola a se comunicar com o meu médico e médico do meu filho(a), conforme necessário, para tratar da saúde do meu filho(a).

Assinatura do pai/responsável _____ Data _____

Revised S-865 (06/2019)

OPCIONAL

Uso de protetor solar corporal não-aerosol na escola

Pais/responsáveis podem mandar com seus filhos **protetor solar corporal não-aerosol**, desde que o mesmo seja aprovado pelo U.S. Food and Drug Administration (Administração de Alimentos e Drogas nos EUA). Para o aluno(a) poder aplicar protetor solar durante o dia letivo, em alguma atividade escolar, ou sob supervisão de funcionários da escola, os pais/responsáveis devem preencher as confirmações abaixo:

Confirmação dos pais/responsáveis

- Ao assinar abaixo, você confirma que entende que a escola não é responsável por garantir que o protetor solar seja aplicado pelo aluno.
- Ao assinar abaixo, você confirma que o aluno demonstra ser capaz de aplicar protetor solar em si mesmo(a).

Assinatura do pai/responsável: _____ Data: _____

MÊS/DIA/ANO

A escola pode cancelar ou restringir a posse, aplicação, ou uso de um protetor solar corporal não-aerosol de um aluno, caso o seguinte venha a ocorrer:

- O aluno não cumpra as regras da escola referentes à posse, aplicação, ou uso do protetor solar corporal não-aerosol.
- O aluno demonstrar que não consegue ou não quer manter o protetor solar corporal não-aerosol fora do alcance dos outros alunos.
- Se uma escola cancela ou restringe a posse, aplicação, ou uso do protetor solar corporal não-aerosol de um aluno, a escola deve fornecer um aviso por escrito sobre o cancelamento ou restrição aos pais/responsáveis do aluno.