



# 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.