

FORMULÁRIO OBRIGATÓRIO PARA PAIS E RESPONSÁVEIS

FAVOR PREENCHER E ENVIAR O FORMULÁRIO ASSINADO À ESCOLA O MAIS BREVE POSSÍVEL

CONSENTIMENTO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS PARA SERVIÇOS DE SAÚDE NA ESCOLA

- Este consentimento permanecerá em vigor até que seu filho/a seja transferido/a para outro distrito escolar, se gradue ou o senhor/a indicar por escrito que deseja rescindir este consentimento para serviços de saúde na escola.
- Quando necessário, serviços de saúde de emergência como primeiros socorros, reanimação cardiopulmonar (RCP) ou uso de um desfibrilador externo automático (DEA) serão realizados até que os serviços médicos de emergência cheguem à escola.
- Serão necessárias autorizações individuais dos pais/responsáveis para que a equipe da clínica escolar, ou o pessoal da escola, administre diariamente, ou quando necessário, os medicamentos prescritos ou de venda livre, realize procedimentos médicos ou ofereça tratamento médico.

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO E ENTREGUE À CLÍNICA DA ESCOLA SE O SENHOR/A CONSENTIR E DESEJAR QUE SEU FILHO/A RECEBA ALGUM DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESCOLAR RELACIONADOS ABAIXO.

Escreva em letra de forma com uma caneta esferográfica

Dados do Estudante

				Masculino <input type="checkbox"/>
Nome	Nome do meio	Sobrenome	Data de Nascimento do Estudante	Feminino <input type="checkbox"/>
Endereço	Apartamento	Cidade	Estado	Código Postal

Dados do Pai/Mãe/Responsável

Nome	Nome do meio	Sobrenome	Relação com o Estudante (pai ou responsável)	
Endereço	Apartamento	Cidade	Estado	Código Postal
Telefone Residencial	Telefone do Trabalho	Telefone Celular		

Indique com um "x" os serviços que o senhor/a autoriza e gostaria que seu filho/a recebesse na escola.

Cuidados e tratamento de doenças e lesões	<input type="checkbox"/>
Triagem de visão	<input type="checkbox"/>
Triagem de audição	<input type="checkbox"/>
Triagem de escoliose	<input type="checkbox"/>
Triagem do crescimento e desenvolvimento (índice de massa corporal/BMI)	<input type="checkbox"/>
Triagem odontológica e selantes dentários	<input type="checkbox"/>
Teste de COVID-19	<input type="checkbox"/>

Pai/Responsável (letra de forma)

Pai/Responsável (Assinatura)

Data

08/27/2021

BED<pt-br/jl/09/21>Document translated by the Bilingual/ESOL Department (09/21)