**Lowell Public Schools Grau: \_\_\_\_\_\_\_\_**

 **FORMULARIO DE EMERGENCIA sala de aula: \_\_\_\_\_\_\_**

 **(Enfermeira de retorno à escola)**

**Aluno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: M / F**

**Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Parente/Responsável legal #1 Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parente/Responsável legal #2 Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Parente/Responsável legal#1 celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parente/Responsável legal #2 celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Parente/Responsável legal#1 Telefone de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parente/Responsável legal #2 Telefon deTrabalho:\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome do médico do aluno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Disponibiliza 3 adultos locais (além do familiar ou tutor) que assumiram os cuidados imediatos do seu filho e o buscarão na escola em caso de doença ou emergência:**

**Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Circule todas as condições de saúde atuais que se aplicam ao seu filho:**

**TDAH Ansiedade Asma Autismo/PDD Paralisia Cerebral Depressão Diabetes Doenças Cardíacas**

**Intolerância à lactose Enxaqueca Distúrbio convulsivo Falciforme OUTROS (lista abaixo)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alergias (Lista): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seu filho recebeu Epipen para o tratamento da alergia mencionada acima? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_**

**Problemas de visão (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Copos \_\_\_\_ Lentes de contato \_\_\_\_**

**Problemas de audição (especificar): Esquerda \_\_\_\_ Direita \_\_\_\_\_ Aparato de Oídos: Esquerda \_\_\_\_ Direita\_\_\_\_**

**Por favor, liste os medicamentos e dosagens que seu filho toma regularmente ou conforme necessário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**O seu filho tem Seguro de Saúde? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Masshealth? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_**

**Dou permissão à enfermeira da escola para compartilhar informações relevantes sobre a condição de saúde de meu filho com o pessoal escolar adequado conforme necessário para atender às necessidades de saúde e segurança de meu filho.**

**Em caso de emergência, seu filho será transportado para o hospital pelo EMS (Ambulância)**

**Eu, por meio deste, autorizo ​​a enfermeira da escola a entrar em contato com o médico do meu filho, se necessário.**

**Assinatura do parente/responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**