

Broward County Public Schools

Ficha de Contato de Emergência do Estudante

Este formulário deve ser atualizado anualmente.

For Office Use Only:	<input type="checkbox"/> Medical
School #:	<input type="checkbox"/> Court Order
Student #	<input type="checkbox"/> Special Needs
Date Enrolled:	<input type="checkbox"/> Other

Em caso de emergência, é indispensável que a escola possa entrar em contato com os pais do(a) estudante (conforme definido abaixo). Favor preencher atentamente e corretamente as informações em ambos os lados desta ficha. Use caneta e escreva de forma legível. Os nomes de ambos os pais do(a) estudante (conforme definido na Seção 1000.21(5), Estatutos da Flórida), o pai/mãe registrante e o pai/mãe não registrante do(a) estudante devem constar na ficha de contato de emergência como pessoas autorizadas a buscar o(a) estudante na escola, salvo quando uma ordem judicial tenha revogado os direitos dos pais e uma cópia autenticada de tal ordem judicial tenha sido fornecida à secretaria da escola. Ambos os pais devem designar na Ficha de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a buscar o(a) estudante na escola. Nenhum dos pais deverá excluir ou de qualquer forma alterar os nomes fornecidos pelo outro pai/mãe na Ficha de Contato de Emergência.

Série:	Dados do(a) Estudante	Sobrenome:	Prenome:	Nome do Meio:	
		Professor (somente ensino fundamental):			
		Endereço Residencial:			
		Endereço de Correspondência (se diferente do acima):			
		Data de Nascimento: / /			
		Assinale as opções aplicáveis à residência do estudante: <input type="checkbox"/> Condição Médica <input type="checkbox"/> Ordem Judicial <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais <input type="checkbox"/> Outra	O(A) estudante mudou de endereço desde a última matrícula? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Há alguma ordem judicial registrada que impeça um dos pais de ter contato com o(a) estudante? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, contate a escola	
		Nome(s) Preferido(s)/Apelido(s):			
		Todos os funcionários podem se referir ao meu filho(a) usando o(s) nome(s) preferido(s) ou apelido(s) listado(s) acima em todos os documentos não oficiais e durante eventos da escola/distrito.			
		Assinatura:	Data:	Relação:	
Nº de Identificação Estudantil:	Pai/Mãe Registrante	Sobrenome:	Prenome:	Telefone Celular:	
		Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:	
		Empregador:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:	
	Outro Pai/Mãe	Sobrenome:	Prenome:	Telefone Celular:	
		Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:	
		Empregador:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:	
Estudante:	Contato Autorizado a Buscar o(a) Estudante	Liste os nomes das pessoas autorizadas a buscar seu/sua filho(a) ou a quem podemos contatar caso não for possível lhe contatar. O ESTUDANTE NÃO PODERÁ SER LIBERADO PARA PESSOAS QUE NÃO ESTEJAM LISTADAS ABAIXO. Ao selecionar a pessoa autorizada a buscar seu/sua filho(a), considere se essa pessoa está preparada para lidar com quaisquer necessidades médicas especiais exigidas por ele(a). Autorizo/autorizamos pela presente o contato, a divulgação de informações relacionadas a emergências ou a liberação do(a) estudante para as seguintes pessoas em caso de doença, evacuação ou outra emergência que possa ocorrer enquanto o(a) estudante estiver na escola.			
		Nome:	Relação:	Telefone:	
Declaro que as informações que constam nesta ficha são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.					
	Assinatura:	Data:	Relação:		
Estudante:	Contato Autorizado pelo Pai/Mãe Não Registrante para Buscar o(a) Estudante	Esta seção pode ser preenchida apenas pelo pai/mãe não registrante para designar outras pessoas que possam buscar o(a) estudante. O pai/mãe registrante não pode alterar esta seção da ficha. O pai/mãe não registrante não pode alterar qualquer outra parte desta ficha.			
		Nome:	Relação:	Telefone:	
Declaro que as informações que constam nesta ficha são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.					
	Assinatura:	Data:	Relação:		

Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward

Sobrenome do(a) Estudante:

Prenome:

Nome do Meio:

Consentimento para Serviços de Saúde	Indique com um "x" na caixa de seleção apropriada quais serviços o(a) senhor(a) consente e gostaria que seu/sua filho(a) recebesse na escola.		
	Cuidados e tratamento de doenças e lesões <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Exame de escoliose <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Exame de visão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Exame de audição <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Exame de crescimento e desenvolvimento (índice de massa corporal) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Autorizo que meu/minha filho(a) receba todos os serviços de saúde escolar acima indicados. Entendo que, se eu der consentimento, a SBBC divulgará os registros educacionais de meu/minha filho(a) (incluindo informações médicas) aos profissionais de cuidados de saúde que prestam tratamento a meu/minha filho(a).			
Assinatura: _____ Data: _____ Relação: _____			
Seguro de Saúde e Prestadores	Assinale a caixa aplicável: <input type="checkbox"/> Plano de Saúde Familiar <input type="checkbox"/> Florida Kid Care <input type="checkbox"/> Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Nenhum		
	Se não houver NENHUM, o(a) senhor(a) nos autoriza a encaminhar o nome e o número de telefone dos pais para a Florida Kid Care para que seja feita uma verificação de elegibilidade, a fim de determinar se o(a) senhor(a) se qualifica para o plano de saúde? <input type="checkbox"/> Caso sim, favor assinar aqui: _____ <input type="checkbox"/> Não		
	Prestador de Serviços de Saúde:	Telefone:	
Informações Médicas	Seu filho está sendo diagnosticado e acompanhado por um profissional de saúde em relação a alguma das seguintes condições?		
	<input type="checkbox"/> Asma (usa atualmente medicamentos diários ou de emergência)		
	<input type="checkbox"/> Convulsão/Epilepsia (sem incluir convulsões febris)		
	<input type="checkbox"/> Diabetes		
	<input type="checkbox"/> Anafilaxia (reação alérgica com risco de vida que requer medicação de emergência)		
	<input type="checkbox"/> Doença recente/hospitalização/cirurgia (descrever)		
<input type="checkbox"/> Outra condição, favor descrever: _____			
Seu/sua filho(a) precisa de medicação enquanto está na escola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Seu/sua filho(a) usa óculos/lentes de contato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Seu/sua filho(a) usa aparelho(s) auditivo(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Divulgação de Informações Médicas e Tratamento de Emergência	Autorizo pela presente o compartilhamento de informações médicas de meu/minha filho(a), informações de contato dos pais e outras informações de saúde (coletadas dos serviços de saúde prestados na escola, incluindo informações armazenadas eletronicamente) com o pessoal de emergência e funcionários do departamento de saúde, para tratar de condições de importância para a saúde pública, incluindo informações para atender e se preparar para possíveis ou confirmadas condições de saúde. No caso de estudantes que recebem serviços de saúde de funcionários da escola ou do Distrito e/ou prestadores contratados, também autorizo o Distrito a compartilhar informações pessoais de saúde de meu/minha filho(a), e dados demográficos relacionados, com o Departamento de Saúde da Flórida para fins de monitoramento para assegurar a conformidade do programa fornecido pelo Distrito e escolas e avaliar a prestação de serviços.		
	Assinatura: _____ Data: _____		
	Dados médicos e outras informações serão divulgados sem o formulário de consentimento do(a) pai/mãe/estudante elegível em caso de emergências de saúde, conforme permitido pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA). A escola solicitará atendimento médico de emergência caso necessário. Será autorizado o transporte emergencial para um centro de saúde, conforme determinado pelos paramédicos.		
Informações de Saída da Escola	Procedimentos Normais de Saída da Escola: Em um dia normal, como seu/sua filho(a) sairá da escola?		
	<input type="checkbox"/> De carro <input type="checkbox"/> De ônibus escolar <input type="checkbox"/> De transporte público		
	<input type="checkbox"/> Programa pós-escolar na própria escola <input type="checkbox"/> Programa pós-escolar externo <input type="checkbox"/> A pé ou de bicicleta para casa		
Procedimentos de Saída de Emergência: No caso de forte tempestade ou outra emergência imprevista, seu/sua filho(a) foi instruído(a) a:			
<input type="checkbox"/> Caminhar para casa <input type="checkbox"/> Ir de ônibus, como de costume <input type="checkbox"/> De transporte público			
<input type="checkbox"/> Ir de carro para casa somente com os pais <input type="checkbox"/> Ir para casa com a pessoa indicada na lista de contatos autorizados			
Irmãos e Idioma Falado em Casa	Sobrenome:	Prenome:	Série:
Liste outros idiomas falados em casa: _____			
Questionário	Para que possamos entender as necessidades de nossa comunidade escolar, responda às perguntas a seguir. Assinale todas as opções aplicáveis:		
	Seu/sua filho(a) tem acesso a um computador em casa?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Você tem acesso à internet?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Seu/sua filho(a) tem acesso à internet no computador de casa?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Você tem acesso à internet fora de sua casa?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indique o método de contato de sua preferência: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-mail			