

Broward County Public Schools

Cartão de Contato de Emergência do Estudante

Este formulário deve ser atualizado anualmente

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

Em caso de emergência, é indispensável que a escola possa entrar em contato com os pais do aluno (conforme definido abaixo). Preencha os dois lados deste cartão com cuidado e precisão. Escreva com caneta e de forma legível. Os nomes de ambos os pais do aluno (conforme definido na Seção 1000.21(5) dos Estatutos da Flórida), o pai/mãe registrante e o pai/mãe não-registrante, devem ser incluídos no cartão de contato de emergência como pessoas autorizadas a retirar o aluno da 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 no Cartão de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a retirar o aluno da escola. Nenhum dos pais deve excluir ou de qualquer forma alterar os nomes fornecidos pelo outro pai no Cartão de Contato de Emergência.

Série:	Informações do Estudante	Sobrenome:	Nome:	Nome do Meio:	
		Professor (somente ensino fundamental):	Gênero: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Série:	
		Endereço Residencial:	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:	
		Endereço para Correspondência (se diferente do acima):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Celular do Estudante:	
		Data de Nascimento: / /	O estudante mora com:	E-mail do Estudante:	
		Assinale as condições aplicáveis à residência do estudante: <input type="checkbox"/> Razão Médica <input type="checkbox"/> Ordem Judicial <input type="checkbox"/> Necessidades Especiais <input type="checkbox"/> Outra	O estudante mudou de endereço depois da última matrícula? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Há algum registro de ordem judicial que impeça o pai de ter contato com o estudante? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (contate a escola)	
		Pai Registrante	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:
			Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:
			Local de Emprego:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:
		Outro Pai	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:
Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:		Telefone Residencial:		
Local de Emprego:	Telefone do Trabalho:		E-mail do Pai/Mãe:		
Nº de Identificação do Estudante:	Contato Autorizado para Retirar o Aluno	Favor indicar os nomes das pessoas autorizadas a retirar seu filho da escola, ou que possamos contatar, caso não for possível entrar em contato com os senhores. ALUNOS NÃO PODERÃO SER RETIRADOS POR PESSOAS QUE NÃO ESTEJAM NA LISTA ABAIXO. Ao selecionar uma pessoa autorizada a retirar seu filho, considere se esta pessoa está preparada para lidar com quaisquer necessidades médicas especiais exigidas por seu filho. Eu/Nós autorizo/autorizamos pelo presente o contato, a divulgação de informações relacionadas a emergências ou a retirada do aluno pelas seguintes pessoas em caso de doença, evacuação ou outra emergência que possa ocorrer enquanto o aluno estiver na escola.			
		Nome:	Relação:	Telefone:	
		Afirmo que as informações neste cartão são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.			
		Assinatura:	Data:	Relação:	
		Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não registrante para designar outras pessoas que podem retirar o aluno. O pai registrante não pode alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não pode alterar qualquer outra seção deste formulário.			
Nome:	Relação:	Telefone:			
Afirmo que as informações neste cartão são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.					
Assinatura:	Data:	Relação:			
Estudante:	Contato Autorizado pelo Pai Não Registrante para Retirar o Aluno	Esta seção pode ser preenchida somente pelo pai não registrante para designar outras pessoas que podem retirar o aluno. O pai registrante não pode alterar esta seção do formulário. O pai não registrante não pode alterar qualquer outra seção deste formulário.			
		Nome:	Relação:	Telefone:	
		Afirmo que as informações neste cartão são verdadeiras e corretas. Avisarei a secretaria da escola imediatamente sobre quaisquer mudanças.			
		Assinatura:	Data:	Relação:	

Escolas Públicas do Condado de Broward Cartão de Contato de Emergência do Estudante

As informações pessoais fornecidas neste formulário serão mantidas confidenciais (em uma área protegida) e somente usadas e divulgadas pela equipe da escola se absolutamente necessário.

Sobrenome do Estudante:

Nome:

Nome do Meio:

Informações de Medicação	O seu filho toma medicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se o seu filho precisa de medicação na escola, todos os medicamentos devem ser enviados na embalagem original da prescrição, com a data corrente e o nome do paciente. Além disso, a "Autorização para Medicação/Tratamento" deve ser preenchida e assinada pelo médico e pelos pais e ser arquivada na escola.	
	Medicamento:		Dosagem:	
Seguro de Saúde e Provedores	Assinale a caixa de seleção aplicável: <input type="checkbox"/> Seguro de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Florida Kid Care <input type="checkbox"/> Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Nenhum			
	Se NENHUM, podemos encaminhar o nome e número de telefone dos pais para o Seguro Florida Kid Care para verificar se o estudante se qualifica para o seguro de saúde? Caso Sim, favor assinar aqui:			
	Médico:		Telefone:	
	Dentista:		Telefone:	
Nome do Plano de Saúde/Grupo:		Telefone:		
Informações Médicas	Condições Médicas		Assinale todas as opções aplicáveis:	
	<input type="checkbox"/> Asma. Se selecionada, usa inalador?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Usa medicação diária	
	<input type="checkbox"/> Convulsões. Se selecionada, toma medicação?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Diabete. Se selecionada, dependente de insulina?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Limitação de movimento (especificar):			
	<input type="checkbox"/> Doença recente/hospitalização/cirurgia (descrever):			
	<input type="checkbox"/> Alergias graves. Se selecionada, especificar o tipo: <input type="checkbox"/> Alimentar/ambiental: <input type="checkbox"/> Picadas de insetos: <input type="checkbox"/> Medicamentos/Drogas:		Para tratar a alergia, requer-se: <input type="checkbox"/> EpiPen <input type="checkbox"/> Benadryl <input type="checkbox"/> Outro:	
Seu filho usa óculos/lentes de contato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Seu filho usa aparelho auditivo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Divulgação de Informações Médicas e Tratamento de Emergência	Autorizo pelo presente a divulgação de informações médicas de meu filho, informações de contato dos pais e outras informações de saúde (obtidas dos serviços de saúde fornecidos na escola, incluindo informações armazenadas eletronicamente) ao 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. Para alunos que recebem serviços de saúde da escola ou do distrito, ou de partes contratantes, também autorizo o Distrito a compartilhar as informações pessoais de saúde do meu filho e os dados demográficos relacionados com o Departamento de Saúde da Flórida para realizar acompanhamentos a fim de garantir a conformidade do programa pelo Distrito e escolas e avaliar a prestação de serviços.			
	Assinatura do Pai ou Mãe: _____		Data: _____	
	Informações médicas e outras serão divulgadas sem o consentimento dos pais/aluno qualificado em casos de emergências de saúde, conforme permitido pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA). A escola solicitará atendimento médico de emergência, conforme necessário. O transporte de emergência para uma unidade de saúde, conforme determinado por paramédicos, será autorizado.			
Informações de Saída	Procedimentos Normais de Saída. Em um dia típico, como seu filho sairá da escola?			
	<input type="checkbox"/> De carro		<input type="checkbox"/> De ônibus escolar	
<input type="checkbox"/> Programa após o horário escolar na escola		<input type="checkbox"/> Programa após o horário escolar fora da escola		
<input type="checkbox"/> Caminhar ou ir de bicicleta				
Procedimentos de Saída de Emergência. No caso de uma forte tempestade ou outra emergência imprevista, seu filho foi instruído a:				
<input type="checkbox"/> Caminhar para casa		<input type="checkbox"/> Ir de ônibus escolar, como sempre		
<input type="checkbox"/> Ir de carro para casa somente com os pais		<input type="checkbox"/> Usar transporte público		
<input type="checkbox"/> Ir de carro para casa com uma pessoa indicada na lista de contatos autorizados				
Irmãos e Idioma Falado em Casa	Sobrenome:		Nome:	
Indique todos os idiomas falados em casa:				
Questionário	Por favor, ajude-nos a entender melhor as necessidades da nossa comunidade escolar, respondendo às seguintes perguntas. Assinale todas as opções aplicáveis:			
	Seu filho tem acesso a um computador em casa?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Você tem acesso à internet em casa?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Seu filho 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				