



Informação do estudante

**Formulário de informações de saúde para  
alunos e emergências – Ano letivo 2020-2021**

Número do aluno: \_\_\_\_\_

<b>Sobrenome (legal)</b>	<b>Sufixo do nome</b>	<b>Nome (legal)</b>	<b>Nome do meio (legal)</b>
<b>Nome de escolha</b>		<b>Documentação jurídica (ex.: custódia, ordem de restrição etc.)</b> Se não houver alerta legal: Digite "N/A" Forneça documentação de apoio	
<b>Pai/Mãe/Responsável – E-mail principal</b>	<b>Gênero</b> <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<b>Data de nascimento</b>	<b>Telefone principal</b>
<b>Residência</b>	<b>N.º Apt.</b>	<b>Cidade</b>	<b>Código postal</b>
<b>Endereço de correspondência</b>	<b>N.º Apt.</b>	<b>Cidade</b>	<b>Código postal</b>
<b>Precisa de comunicação em outro idioma que não seja o inglês?</b>			
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Creole haitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita			
<b>Medicamentos atualmente em uso (prescritos e com venda sem receita)</b>			
<b>Prontuário médico / Restrições físicas</b>			
<b>Alergias a medicamentos, alimentos ou outras substâncias.</b>			
<b>Medicações</b>	<b>Comida</b>	<b>Outras substâncias</b>	

**INFORMAÇÕES DO ALUNO**

Número do aluno:

**INFORMAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS (Liste os pais/responsáveis em ordem de prioridade de contato.)**

<b>Sobrenome</b>	<b>Nome de batismo</b>	<b>Relacionamento</b>	<b>Pode buscar?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Residência</b>	<b>N.º Apt.</b>	<b>Cidade</b>	<b>Código postal</b>
<b>Telefone residencial</b>	<b>Tel. celular</b>	<b>Empregador</b>	<b>Telefone comercial</b>

<b>Sobrenome</b>	<b>Nome de batismo</b>	<b>Relacionamento</b>	<b>Pode buscar?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Residência</b>	<b>N.º Apt.</b>	<b>Cidade</b>	<b>Código postal</b>
<b>Telefone residencial</b>	<b>Tel. celular</b>	<b>Empregador</b>	<b>Telefone comercial</b>

**CONTATOS ADICIONAIS NA PRÓXIMA PÁGINA**

**\*\* O comprovante de endereço deve ser apresentado ao Escritório de Registro da escola para que o endereço seja oficialmente alterado no**

Nome do aluno: \_\_\_\_\_

Número do aluno: \_\_\_\_\_

### CONTATOS ADICIONAIS

Sobrenome	Nome de	Relacionamento	Telefone de	Custódia	Pode
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

No caso de um incidente ou emergência e se não puder ser contactado, concordo e solicito que os contatos adicionais listados acima sejam notificados da condição do meu filho e/ou do atendimento dos serviços médicos de emergência ao incidente.

### SERVIÇOS ESCOLARES DE SAÚDE

Autorizo esta criança a participar do Programa de Serviços de Saúde Escolar. Meu filho ou filha receberá atendimento de emergência na escola e avaliações de saúde, incluindo visão, audição, crescimento e desenvolvimento.

Se, mediante triagem visual na escola ou em qualquer outro programa da OCPS, for determinado que meu filho ou filha precisa de um exame de visão complementar e se meu filho ou filha for elegível ou financeiramente habilitada, autorizo as OCPS ou um representante designado a prover sem custos um exame de visão abrangente, por um oftalmologista credenciado, o que pode incluir dilatação, refração e óculos, se prescritos.

No caso de uma EMERGÊNCIA, estou ciente de que a escola acessará imediatamente o sistema médico de emergência pelo 911. Para agilizar o atendimento, dou minha permissão para que a equipe da escola forneça informações médicas à equipe de emergência responsável para que seja iniciado o tratamento e o transporte para uma unidade médica apropriada. Autorizo os primeiros socorros, o pessoal médico e equipe a iniciar o tratamento imediatamente após a chegada. Solicito ser notificado da condição e internação do meu filho o mais rápido possível. Se não for possível contatar, solicito que a unidade de internação notifique uma das outras pessoas listadas acima sobre a condição e a internação do meu filho ou filha. Concordo em ser financeiramente responsável pelo tratamento e transporte total do meu filho ou filha.

- Para crianças com Programa de Educação Individual (IEP) ou recebendo serviços relacionados à Educação de Alunos Excepcionais (ESE), autorizo o Conselho Escolar de Orange County, Flórida, a liberar e trocar informações confidenciais de meu filho com as agências do estado da Flórida que permitam às OCPS verificarem a elegibilidade do Medicaid, faturar o Medicaid para serviços reembolsáveis escolares certificados referidos no IEP de meu filho ou filha e receber reembolso do Medicaid por serviços da ESE proporcionados a ele ou ela na escola. Estou ciente de que meu filho continuará a receber serviços referidos em seu IEP, independentemente do meu consentimento. Por favor, leve o Cartão do Seguro Social do aluno ao funcionário de matrícula escolar para concluir a autorização.

Ao assinar este formulário, aceito e reconheço os termos aqui contidos.

Pai/Mãe/Responsável:

Data:

\*O Conselho Escolar de Orange County, Flórida, está autorizado a coletar números de Seguro Social (SSN) de alunos, conforme as Seções 1008.386 e 119.071(5)(a)6 dos Estatutos da Flórida. O fornecimento do SSN de um aluno no formulário de matrícula é opcional e não é requisito obrigatório para a matrícula no Distrito. Qualquer SSN fornecido em conexão com a matrícula será usado apenas para fins de pesquisa, relatório e registro. A coleta do SSN não será usada pelos serviços de imigração. Fornecer o SSN do aluno ao Conselho Escolar de Orange County, Flórida, para esses fins, significa que você consente com o uso do SSN do aluno da maneira descrita.

O Estatuto da Flórida, §837.06, estabelece que quem fizer conscientemente uma declaração escrita falsa para intencionalmente enganar um funcionário público no desempenho de seu dever oficial será culpado de uma contravenção de segundo grau.

**(Este formulário é válido até o primeiro dia do próximo ano letivo ou um ano a partir da data de assinatura, o que ocorrer mais tarde)**