



The Tisbury School

Post Office Box 878
40 West William Street
Vineyard Haven, Massachusetts 02568
Tel.: (508) 696-6500 Fax: (508) 696-7437

John Custer
Principal

Sean Mulvey
Assistant Principal

FORMULÁRIO DE SAÚDE

Nome do aluno: _____ Idade: _____ Data de Nasc: _____

Endereço residencial: _____ Tel. Residencial: _____

Nome do Pai: _____ Nome de Mãe: _____

Telefone residencial: _____ Telefone residencial: _____

Telefone commercial: _____ Telefone commercial: _____

Móvil: _____ Móvil: _____

Outro telefone de emergência (Em caso do reposável não ser encontrado):

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____ Tel.: _____

Médico de família: _____ Telefone: _____

INFORMACÕES SOBRE SAÚDE:

1. Por favor faça uma lista de alergias da comida: _____

Alergia de medicam ento _____

Alergia de picada da abelha? _____ EPI-PEN? _____

Outras alergias? _____

2. Seu filho tem os assuntos de medico? _____

3. Com a finalidade de proteger o seu filho contra qualquer tipo de constrangimento, pedimos as seguintes informações:

a. Seu filho quando dorme sofre de algum descontrole (faz xixi na cama, por exemplo)?

_____ b. Ele é sonâmbulo? _____

4. Qual foi a data mais recente da vacina anti-tetânica? _____

MAIS INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE NO VERSO DESTA FOLHA*

Os seguintes enfermeiros têm o meu permesso administrar a medicação:

:

Denise Lambos

OS MEDICAMENTOS QUE SUA CRIANÇA LEVARÁ NA VIAGEM: *

Medicamento	Dosagem	Hora

ATENÇÃO; MEDICAMENTOS DEVEM SER MARCADO APROPRIADAMENTE E DADO A ENFERMEIRA DA ESCOLA NO DIA Quarta-feira 4 de junho

Não sera permitido que os próprios alunos levem suas medicações consigo. Estão incluídos também os remédios que não necessitam de prescrição médica. A única exceção será a bomba de inalação para asmáticos (inaladores para asma e Epi-Pens).

O acompanhante do meu filho tem a minha permissão para medicá-lo (por favor, cheque):

Tylenol _____ Advil _____ Antacid _____ antiácidos _____

(A enfermeira suprirá Tylenol & Advil – somente pílulas orais)

PERMISSÃO PARA TRATAMENTO MÉDICO:

Em caso de doença ou ferimento, a escola e os pais serão notificados. No caso de uma eventual emergência, eu autorizo o acompanhante do meu filho a aplicar o tratamento apropriado e/ou para o médico aplicar anestesia ou dar outro tipo de assistência médica para o meu filho.

Data: _____ Assinatura: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO MÉDICO:

A informação a seguir sera necessária em caso de qualquer doença ou ferimento que requeiram cuidados médicos (Se você não tem seguro médico ou se seu seguro médico primário não cobre nenhum dos pagamentos, o seguro da escola irá pagar o que não for coberto).

Nome de seguro: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Número da apólice # _____

Nome do titular da apólice de seguros: _____