

Escola: _____ Grau: _____ Professor: _____

Woburn Escolas Públicas
Atual Estado de Saúde para os Níveis Pré-K-5

Estudante: _____ Sexo: _____ DOB: _____

Telefone fixo#: _____

Endereço: _____

Pais / Encarregados de Educação # 1: _____

Trabalha #: _____

Celula# _____

Pais / Encarregados de Educação # 2: _____

Trabalha #: _____

Célula#: _____

Médico de cuidados primários:

Nome: _____

Telefone: _____

Companhia dos seguros de saúde:

Contato de emergência: Nome e telefone # _____

O seu filho tem quaisquer problemas de saúde a longo prazo? Sim ___ Não ___ Se sim, explique abaixo.

1. _____
2. _____
3. _____

É o seu filho alérgico a algum alimento ou medicamento? Sim ___ Não ___ Se sim, explique abaixo.

1. _____
2. _____
3. _____

** É o Epi-Caneta necessário? Sim não ___

O seu filho toma quaisquer medicamentos, prescritos por um médico, em uma base de longo prazo? Sim não ___
Se sim, por favor listá-los abaixo.

1. _____
2. _____
3. _____

O seu filho usa um inalador para seu / sua asma? Sim ___ Não ___

O seu filho usa óculos? Sim ___ Não ___ As lentes de contato? Sim ___ Não ___ Fulltime ___ Part-time ___

Eu dou a minha permissão para a enfermeira da escola compartilhar com o pessoal da escola (ou seja professor em sala de aula) informações de saúde sobre o meu filho. Eu sei que eu tenho o poder de retirar esse consentimento a qualquer momento através do envio de notificação por escrito à enfermeira da escola. Sei que esta informação só será partilhada com o pessoal da escola se necessária para que o meu filho se sinta seguro enquanto estiver na escola.

Sim ___ Não ___ Assinatura: _____ Data: _____

Em caso de uma emergência médica, vamos tentar notificá-lo e, se necessário, será transportado o seu filho de ambulância a um pronto-socorro.

SE HOUVER ALTERAÇÕES de saúde do seu filho, durante o ano escolar, por favor avise a enfermeira da escola do seu filho.