

# Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2024-25

Este formulário deve ser atualizado anualmente

Office Use Only	Student #	Grade Level:	<input type="checkbox"/> Court Order	<input type="checkbox"/> Medical
	Date Enrolled:		<input type="checkbox"/> Special Needs	<input type="checkbox"/> Other
<p>No caso de uma emergência, é imprescindível que a escola possa entrar em contato com os pais do(a) estudante (conforme definido abaixo). Preencha as informações em ambos os lados desta ficha com cuidado e precisão. Use caneta e escreva de forma legível. Os nomes de ambos os pais do(a) estudante (conforme definido na Seção 1000.21(6), Estatutos da Flórida), devem constar na ficha de contato de emergência como pessoas autorizadas a buscar o(a) estudante na escola, exceto quando uma ordem judicial tiver revogado os direitos dos pais e uma cópia autenticada dessa ordem judicial tiver sido fornecida à secretaria da escola. Ambos os pais devem designar na Ficha de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a buscar seus filhos na escola. Nenhum dos pais poderá excluir ou de alguma forma alterar os nomes fornecidos pelo outro pai na Ficha de Contato de Emergência.</p>				
Dados do(a) Estudante	Sobrenome:	Nome:	Nome do meio:	
	Data de Nascimento:     /     /	Professor(a) (somente ensino fundamental I):		
	Endereço Residencial:			
	Endereço para Correspondência (se diferente do acima):			
	Assinale as opções aplicáveis à residência do(a) 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(minha) filho(a) usando o(s) nome(s) preferido(s) ou apelido(s) listado(s) acima em todos os documentos não oficiais e durante eventos escolares/do Distrito.			
	Assinatura:		Data:	Relação:
Pai/Mãe	Sobrenome:	Nome:	Telefone Celular:	
	Endereço Residencial (se diferente do estudante):	Cidade, Estado, CEP:	Telefone Residencial:	
	Empregador:	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:	
	Empregador:	Telefone do Trabalho:	E-mail do Pai/Mãe:	
Pessoas Autorizadas a Buscar o(a) Estudante/Contato	Liste os nomes das pessoas autorizadas a buscar seu(sua) filho(a) ou a quem podemos contatar caso não for possível contatá-lo. O ESTUDANTE NÃO PODERÁ SER LIBERADO PARA PESSOAS QUE NÃO ESTEJAM LISTADAS ABAIXO. Ambos os pais podem designar na Ficha de Contato de Emergência as pessoas autorizadas a buscar seus filhos na escola. 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:	
As informações pessoais fornecidas neste formulário serão mantidas em sigilo (em uma área protegida) e somente serão usadas e divulgadas pelos funcionários da escola quando necessário.				

# Ficha de Contato de Emergência do Estudante das Escolas Públicas do Condado de Broward de 2024-25

Este formulário deve ser atualizado anualmente

Sobrenome do Estudante:

Nome:

Nome do Meio:

Série:

Autorização para Serviços de Saúde	<b>Exames de Saúde:</b> Os alunos das séries de triagem podem ser submetidos a exames de saúde não invasivos de visão, audição, escoliose e crescimento e desenvolvimento ("BMI"), de acordo com a F.S. 381.0056(6)(e), a menos que os pais ou responsáveis optem por não participar por escrito, assinalando "Não" abaixo:			
	Exame de Visão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Exame de Crescimento e Desenvolvimento (BMI) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Exame de Audição <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Exame de Escoliose <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>Assinatura:</b>		<b>Data:</b>	<b>Relação:</b>
	<b>Consentimento para Serviços de Saúde:</b> Cuidados e tratamento de doenças e lesões (ou seja, visita à clínica da escola, primeiros socorros básicos, etc.). Autorizo meu(minha) filho(a) a receber atendimento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Autorizo que meu(minha) filho(a) receba os serviços de saúde indicados acima. Entendo que, se o consentimento for concedido, o SBBC divulgará os registros educacionais de meu(minha) filho(a) (incluindo dados médicos) aos profissionais de enfermagem que prestam tratamento a meu(minha) filho(a).				
<b>Assinatura:</b>		<b>Data:</b>	<b>Relação:</b>	
Dados Médicos	<b>Seu(sua) filho(a) recebeu diagnóstico e acompanhamento por um profissional de saúde em relação a alguma das seguintes condições?</b> <input type="checkbox"/> Meu(minha) filho(a) não tem ou já não tem mais nenhuma das condições listadas abaixo .			
	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH (ADD/ADHD)	<input type="checkbox"/> Alergias (sem risco de vida)	<input type="checkbox"/> Alergias (com risco de vida)	<input type="checkbox"/> Asma (toma atualmente medicamentos diários ou de emergência)
	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Distúrbio Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Condições cardíacas
	<input type="checkbox"/> Fibrose cística	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Transtornos convulsivos (SEM incluir convulsões febris)
	<input type="checkbox"/> Distúrbio renal	<input type="checkbox"/> Lúpus	<input type="checkbox"/> Condições de saúde mental/comportamental	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme (NÃO traço falciforme)
	<input type="checkbox"/> Outra condição (Especificar)			
<b>Seu(sua) filho(a) precisa de medicação enquanto está na escola?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se o(a) senhor(a) assinalou que seu(sua) filho(a) tem um problema de saúde atual (acima), preencha o Formulário de Avaliação do Estado de Saúde. Todas as condições devem ter um diagnóstico de um profissional de saúde, com exceção de 1) ADD/ADHD; 2) Alergias (sem risco de vida); 3) Condições de saúde mental/comportamental; 4) "Outros", que podem se basear em relato documentado dos pais.				
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		
Seguro de Saúde e Prestadores	<b>Assinale a caixa aplicável:</b> <input type="checkbox"/> Plano de Saúde Familiar <input type="checkbox"/> Florida Kid Care <input type="checkbox"/> Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Nenhum			
	<b>Se 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?</b> <input type="checkbox"/> Caso sim, favor assinar aqui: _____ <input type="checkbox"/> Não			
	<b>Prestador de Cuidados de Saúde:</b>		<b>Telefone:</b>	
Divulgação de Dados Médicos e Tratamento de Emergência	Autorizo pelo presente a divulgação dos dados médicos de meu(minha) filho(a), dados de contato dos pais e outras informações de saúde (coletadas dos serviços de saúde prestados na escola, incluindo informações armazenadas eletronicamente) aos 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 de fornecedores contratados, também autorizo o Distrito a compartilhar as informações de saúde pessoais de meu(minha) filho(a) e os dados demográficos relacionados com o Departamento de Saúde da Flórida para fins de monitoramento, a fim de garantir a conformidade do programa pelo Distrito e pelas escolas e avaliar a prestação de serviços.			
	<b>Assinatura:</b>		<b>Data:</b>	
	Serão divulgados dados médicos e outras informações sem o consentimento dos pais/estudante elegível em caso de emergências de saúde, conforme permitido pela Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA). A escola solicitará atendimento médico de emergência, caso for necessário. Será autorizado o transporte de emergência para um centro de saúde, conforme determinado pelos paramédicos.			
Informações de Saída da Escola	<b>Procedimentos Normais de Saída da Escola: Em um dia normal, como seu(sua) filho(a) sairá da escola?</b>			
	<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	
	<b>Procedimentos de Saída de Emergência: No caso de forte tempestade ou outra emergência imprevista, seu(sua) filho(a) foi orientado(a) a:</b>			
<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	<b>Sobrenome:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Série:</b>	
<b>Liste outros idiomas falados em casa:</b>				
Questionário	<b>Para que possamos entender as necessidades de nossa comunidade escolar, responda às perguntas a seguir:</b>			
	Seu(sua) filho(a) tem acesso a um computador em casa?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O(A) senhor(a) tem acesso à internet em casa?			<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
	O(A) senhor(a) tem acesso à internet fora de sua casa?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Indique o método de contato de sua preferência:</b> <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-mail				