

ESCOLAS PÚBLICAS DE LYNN
Serviços de Saúde da Escola
Administração De Medicamentos/Tratamentos Nas Escolas
Formulário de Consentimento dos Pais

PERMISSÃO/CONSENTIMENTO DOS PAIS para administrar medicamentos/tratamentos no ambiente escolar:

Nome do Estudante _____ Data de nascimento _____ Sexo _____

Endereço _____ Escola _____ Grau/RM Nº _____

Nome do pai/Tutor _____ Número do Telefone de casa _____
(Favor escrever)

Nr. do Trabalho _____ Nr. do Celular _____ Nr. de Emergência _____

** Outra(s) pessoa(s) a ser(em) notificada(s) em caso de emergência se não for possível contactar os pais/tutor: **

Nome _____ Relacionamento com o estudante _____ Celular Nr. _____

Meu filho/filha está recebendo atualmente os seguintes medicamentos/tratamentos. Indique todos os medicamentos/tratamentos que a criança está recebendo, incluindo os fornecidos durante o dia da escola.

** Se não violar a confidencialidade, favor completar.*

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Sabe-se que o meu filho/filha tem as seguintes alergias: _____

Eu autorizo a enfermeira da escola ou o pessoal escolar designado pela enfermeira da escola para dar a seguinte medicação/tratamento _____ prescrito por

_____ **A** _____
Prescritor Licenciado Nome do aluno

1. Autorizo o meu filho/filha a autoadministrar a sua medicação/tratamento se a enfermeira da escola determinar que é seguro. Sim Não

2. Autorizo o meu filho/filha a ser fotografado pela enfermeira para garantir uma administração segura. Sim Não

** Eu entendo que eu posso recuperar a medicação ou a foto da criança da escola a qualquer momento e que a medicação e a foto serão destruídas se não forem recolhidas até ao último dia de escola em junho.*

** Eu vou notificar imediatamente a enfermeira da escola para quaisquer alterações nesta medicação/pedido de tratamento.*

** Eu reconheço que o enfermeiro escolar pode partilhar informações pertinentes a saúde com o pessoal escolar adequado.*

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor

Data