

Informações de Emergência do Aluno

**Escritório de Apoio e Engajamento do Aluno e da Família
(Office of Student and Family Support and Engagement)**
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

**Formulário 565-1 de MCPS
Agosto de 2022
Página 1 de 2**

INSTRUÇÕES: Por favor, preencha ambos os lados deste formulário e retorne-o à escola do seu filho assim que possível. Atualizações podem ser enviadas através da Verificação Anual de ParentVUE, vá para <https://www.montgomeryschoolsmd.org/parents/tech-info-support.aspx> para mais informações sobre como fazer o registro em ParentVUE.

Nome do Aluno (Sobrenome, Nome, Nome do Meio)			Nome Identificado do Aluno		
No. de ID do Aluno	Série	Seção	Professor da Turma		
No. de Tel. Principal	Data de Nasc.	APENAS PARA AS SÉRIES 6-12 YRBS/YTS (consulte o verso) <input type="checkbox"/> NÃO Pode Participar		SOMENTE PARA AS SÉRIES 11 E 12 <input type="checkbox"/> Não Divulgue as Informações de Contato a um Recrutador das Forças Armadas.	
Endereço Residencial		Língua Falada em Casa	Idioma Preferencial para <input type="checkbox"/> Correspondência <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Chinês <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Português		
Rota de Ônibus No.	Origem:	Destino:	Preocupações de Guarda <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, entre em contato com a escola)		
O aluno é dependente de um membro do serviço de serviço ativo em tempo integral no Exército, Marinha, Força Aérea, Corpo de Fuzileiros Navais, Força Espacial ou Guarda Costeira ou membro do serviço nas reservas ou Guarda Nacional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Nome do Pai/Responsável que Mora no Endereço Residencial Indicado Acima (Sobrenome, Nome, Inicial do Nome do Meio) (Contato Principal)			Nome do Pai/Responsável que Mora no Endereço Residencial do Aluno Indicado Acima. (Sobrenome, Nome, Inicial do Nome do Meio)		
Telefone de Trabalho		No. de Celular		Telefone de Trabalho	
E-mail		No. de Celular			
Parentesco com o Aluno <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Responsável <input type="checkbox"/> Outro (Especifique)			Parentesco com o Aluno <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Responsável <input type="checkbox"/> Outro (Especifique)		
Nome do Pai/Responsável que NÃO Mora no Endereço Residencial do Aluno Indicado Acima. (Sobrenome, Nome, Inicial do Nome do Meio)			Nome do Pai/Responsável que NÃO Mora no Endereço Residencial do Aluno Indicado Acima. (Sobrenome, Nome, Inicial do Nome do Meio)		
Endereço Residencial deste Adulto			Endereço Residencial deste Adulto		
Telefone de Trabalho		No. de Celular		Telefone de Trabalho	
Telefone Residencial		E-mail		No. de Celular	
Parentesco com o Aluno <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Responsável <input type="checkbox"/> Outro (Especifique)			Parentesco com o Aluno <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Responsável <input type="checkbox"/> Outro (Especifique)		
Pessoa/Organização Responsável pelo Cuidado do Aluno Antes das Aulas —Nome (Sobrenome, Nome) (Se não for o mesmo que o dos pais/responsáveis indicado acima)					
Endereço					
Tel. Residencial		No. de Celular		E-mail	
Tel. de Profissional		Relação com o Aluno (se houver)			
Pessoa/Organização Responsável pelo Cuidado do Aluno Depois das Aulas —Nome (Sobrenome, Nome) (Se não for o mesmo que o dos pais/responsáveis indicado acima)					
Endereço					
Tel. Residencial		No. de Celular		E-mail	
Tel. de Profissional		Relação com o Aluno (se houver)			
Contatos de Emergência: Em uma emergência que requer que a escola libere o aluno usando os protocolos de reunificação de pais/filhos, e quando os pais/responsáveis e outros adultos responsáveis já listados não puderem ser encontrados, a escola pode liberar o aluno para esses indivíduos.					
Contato de Emergência No. 1: (Sobrenome, Nome)				Relação com o Aluno	
Tel. Residencial		No. de Celular		Tel. de Trabalho	
E-mail		Contato de Emergência No. 2: (Sobrenome, Nome)			
Tel. Residencial		No. de Celular		Tel. de Trabalho	
E-mail		Contato de Emergência No. 3: (Sobrenome, Nome)			
Tel. Residencial		No. de Celular		Tel. de Trabalho	
E-mail		Relação com o Aluno			

Nome do Médico/Provedor de Cuidados de Saúde Autorizado	Tel. do Médico/Provedor de Cuidados de Saúde Autorizado
Nome do Dentista/Higienista Dental	Tel. do Dentista/Higienista Dental
Seguro Médico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> (Em caso afirmativo, marque uma opção) <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Health Choice (Assistência Médica) <input type="checkbox"/> Care for Kids	
Funcionários da escola administrarão os primeiros socorros e/ou levarão seu filho a um médico ou hospital para tratamento de emergência caso pareça necessário e os pais/responsáveis ou outros adultos responsáveis indicados neste formulário não possam ser contatados. (O esquadrão de resgate será utilizado se julgado necessário em situações de emergência.)	
O aluno tem alergia a picada de abelha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> (Em caso afirmativo, forneça informações adicionais, como descrição da reação, medicamento, etc.)	
O aluno tem alergia a algum alimento e/ou medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, forneça informações adicionais, como descrição da reação, medicamento, etc.)	
O aluno tem alguma outra alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, forneça informações adicionais, como alérgeno, descrição da reação, medicamento, etc.)	
O aluno carrega consigo um Autoinjeter de Epinefrina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> (Em caso afirmativo, o FORMULÁRIO 525-14 DE MCPS deve ser preenchido e enviado à escola)	
O aluno carrega consigo algum outro medicamento de emergência (por exemplo, inalador para asma)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo o, FORMULÁRIO 525-13 DE MCPS deve ser preenchido e enviado à escola)	
Há alguma outra consideração médica que você gostaria de compartilhar com relação a este aluno? (por exemplo, Asma ou Problemas Respiratórios, Diabetes, Convulsões ou outro problema?) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo (Especifique)	
O aluno apresenta algum problema de saúde que requeira possível atendimento de emergência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo (Especifique)	
Medicamentos Atualmente Prescritos (Opcional)	
Algum medicamento ou tratamento (alimentação através de sonda ou cateterismo) está sendo administrado de forma contínua, diariamente, ou conforme necessário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, o FORMULÁRIO 525-12, 525-13 OU 525-14 de MCPS deve ser preenchido e enviado à escola)	
Nome do Pai/Mãe/Responsável (em letra de fôrma)	
Entendo que meu envio eletrônico deste formulário e minha assinatura eletrônica se destinam a ser, constituem e são equivalentes à minha assinatura pessoal.	Data
Assinatura do Pai/Mãe/Responsável	

APENAS para Alunos nas Séries 6 a 12

Informações para Pais/Responsáveis de Alunos do Ensino Fundamental II e Médio sobre a Pesquisa de Comportamento de Risco para Jovens de Maryland/Pesquisa sobre Tabaco para Jovens

Esta seção do formulário serve para notificá-lo sobre a Pesquisa de Comportamento de Risco para Jovens (sigla em inglês YRBS)/Pesquisa sobre Tabaco para Jovens (sigla em inglês, YTS) e os procedimentos a seguir se você **NÃO** quiser que o seu filho participe da YRBS/YTS.

A escola do seu filho pode estar participando da YRBS/YTS, conduzida pelo Departamento de Saúde de Maryland (sigla em inglês, MDH) em colaboração com o Departamento de Educação de Maryland (sigla em inglês, MSDE) e o Centro para Controle Prevenção de Doenças (sigla em inglês, CDC). A pesquisa foi criada pelo CDC para identificar comportamentos de risco que podem incluir comportamentos de segurança tais como o uso de capacetes e cintos de segurança, depressão e saúde mental; uso de tabaco, álcool, ou outra droga; nutrição e atividade física; e comportamento sexual.

A pesquisa foi criada para proteger a privacidade do seu filho. A pesquisa é confidencial e os alunos não colocam seus nomes no questionário. O nome de nenhuma escola e de nenhum aluno será mencionado no relatório de resultados.

A participação na pesquisa é voluntária. Seu filho poderá pular uma pergunta se não se sentir confortável em respondê-la. Nenhuma ação será tomada contra a escola, você ou seu filho se seu filho não participar da pesquisa. Além disso, os alunos podem optar por não participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhuma penalidade.

Se você tiver qualquer pergunta sobre os direitos de seu filho como participante desta pesquisa, ou se você sentir que seu filho será prejudicado de alguma forma por participar, por favor, entre em contato através do número gratuito 1-877-878-3935, deixe uma mensagem com seu nome e número de telefone e alguém retornará a sua chamada o quanto antes. Para mais informações sobre a pesquisa, visite www.cdc.gov/HealthyYouth/.

Se desejar que seu filho não participe desta pesquisa, (1) preencha a seção na página anterior do formulário, onde se lê "YRBS/YTS—Não Pode Participar", (2) devolva o formulário de Informações de Emergência do seu filho para a escola de seu filho.

PERGUNTAS FREQUENTES

P. Por que a Pesquisa de Comportamento de Risco para Jovens/Pesquisa sobre Tabaco para Jovens (YRBS/YTS) é conduzida?

R. O MDH e o MSDE usarão o resultado da YRBS/YTS para (1) monitorar como comportamentos de risco à saúde prioritários entre alunos do ensino fundamental II e médio mudam ao longo do tempo; (2) avaliar o impacto de amplos esforços estaduais e locais para prevenir comportamentos que põem a saúde em risco; e (3) melhorar as políticas e os programas de educação em saúde.

P. São feitas perguntas delicadas?

R. Algumas perguntas podem ser consideradas delicadas por alguns distritos, escolas, pais/responsáveis. Todas as perguntas do tipo são apresentadas de uma maneira direta e delicada e foram criadas pelo CDC. Os tópicos das áreas abordadas incluem o uso de capacete e cinto de segurança; depressão e saúde mental; uso de tabaco, álcool, outras drogas, nutrição e atividade física; e comportamento sexual.

P. Os nomes dos alunos serão usados ou conectados aos questionários?

R. Não. O questionário é projetado para proteger a privacidade do seu filho. A pesquisa é aplicada por membros treinados da equipe de campo. Os alunos não colocam seus nomes no questionário. Quando os alunos terminam a pesquisa, eles colocam o questionário preenchido em uma caixa grande ou em um envelope.

P. Os alunos são acompanhados ao longo do tempo para ver como seus comportamentos mudam?

R. Não. Os alunos participantes não podem ser rastreados porque nenhuma informação identificável é coletada.

P. Como as crianças são escolhidas para participarem da pesquisa?

R. Em todo o estado, aproximadamente 360 escolas e 85.000 alunos são selecionados a participarem. Primeiro, as escolas são selecionadas aleatoriamente e, em seguida, turmas nas escolas selecionadas são escolhidas aleatoriamente. Cada aluno em uma turma selecionada pode participar.