

# **FILHAS DE JÓ® INTERNACIONAL**

**BETHEL No. \_\_\_\_\_**

## **FORMULÁRIO PESSOAL DE SAÚDE**

(Para ser utilizado por Betheis e Colmeias)

Para todas as atividades e eventos durante a/o gestão/ano ou para a seguinte atividade:: \_\_\_\_\_

(Se especificando uma única atividade) Data da atividade: \_\_\_\_\_

A informação fornecida neste formulário será utilizada a critério do Supremo/Grande/Jurisdicional/Conselho Guardião do Bethel para assegurar que cuidado e atenção serão garantidos à saúde da Filha do Bethel e/ou Abelhinha.

Nome completo da Filha: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Cidade)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código Postal (CEP))

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
(se diferente do anterior informado)

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
(se diferente do anterior informado)

Se os Pai sou Guardiões não estiverem disponíveis, em uma emergência, por favor, notificar:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Seguro de saúde: \_\_\_\_\_ Número da carteirinha: \_\_\_\_\_

Médico de confiança: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

A sua filha sofre de alguma doença física ou psicológica que pode impedi-la de participar das atividades? \_\_\_\_\_

Se sim, liste e explique: \_\_\_\_\_

Você tem alguma instrução para o Conselho Guardião do Bethel sobre cuidados com a saúde, dieta ou outra necessidade da sua filha?

Sua filha tem reação alérgica à alguma coisa, como remédio, comida, picada de inseto, etc? Se sim, por favor, liste abaixo o tipo da reação, o tratamento que precisa ser dado e quaisquer outras informações que achar relevante.

A sua filha já menstrou? \_\_\_\_\_ Se não, já foi conversado com ela sobre menstruação? \_\_\_\_\_

Por favor, liste qualquer condição crônica ou doença recente que o Conselho Guardiã do Bethel deva ter ciência.

Por favor, especifique os detalhes de medicamentos ou tratamento necessários para as condições listadas:

Data da última vacina de tétano: \_\_\_\_\_

Su filha usa óculos? \_\_\_\_\_ Usa lente de contato? \_\_\_\_\_

Nossa filha tem não tem (escolha apenas um) dezoito (18) anos ou mais e é legalmente responsável por si mesma perante a lei.

Nós, os responsáveis pais/guardiões da \_\_\_\_\_ Autorizamos o Supremo/Grande/Jurisdicional/Conselho Guardiã de Bethel e Adultos acompanhantes do SCG/CGJ/GCG das Filhas de Jó Internacional do \_\_\_\_\_ Ou do Bethel No. \_\_\_\_\_ exercer supervisão da nossa filha durante o tempo em que ela estiver participando das atividades das Filhas de Jó. Nós estamos cientes que para qualquer tipo de atividade física existe um risco inerente de lesões. E livramos as Filhas de Jó Internacional e todos seus subordinados e/ou acompanhantes de qualquer culpa causada pela participação da nossa filha dessas atividades nesse evento.

Ao executar este documento, o(s) Pai(s) ou Guardiã Legal da Filha aqui mencionados consentem expressamente com todo e qualquer tratamento médico de emergência e concedem a Procuração ao Supremo/ Grande/ Conselho Guardiã de Bethel de \_\_\_\_\_ e/ou Adultos acompanhantes do Bethel No. \_\_\_ de \_\_\_\_\_ para consentir com todo e qualquer tratamento da mesma maneira que poderia(m) o(s) Pai(s) ou Responsável Legal, se fisicamente presentes. Todas as informações relativas ao referido tratamento também serão fornecidas ao Supremo/ Grande/ Conselho Guardiã de Bethel e Adultos acompanhantes na íntegra e na mesma medida como se eles fossem os Pais ou Tutores Legais da referida Filha aqui nomeada. O(s) Pai(s) ou responsável(is) Legal(is) da Filha concordam expressamente em se eximir de responsabilidade e indenizar, isentar e defender a Filhas de Jó Internacional, seus funcionários, agentes e voluntários, e qualquer adulto certificado com CAV(s), de responsabilidade por:

1. qualquer reclamação, ação ou danos decorrentes direta ou indiretamente da prestação de serviços médicos de emergência, incluindo, entre outros, a responsabilidade pelos custos de tais serviços; e
2. qualquer reclamação, ação ou danos decorrentes direta ou indiretamente da divulgação de informações de acordo com este documento.

Esta renúncia aplica-se a todas e quaisquer leis, regras ou regulamentos estaduais ou federais aplicáveis relacionados à Privacidade do Paciente. Uma cópia deste documento deve ser tratada da mesma forma que o original. Os Consentimentos e Renúncias aqui contidos serão e permanecerão em pleno vigor e efeito a partir e após a data de assinatura até \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

De acordo com o Programa de Proteção à Juventude da FJI, se sua filha estiver viajando sozinha com um CAV que não seja membro de sua família (por exemplo, Miss FJI ou HRSB viajando com a Suprema Guardiã), a Filha deve ter a permissão por escrito de seus pais ou responsáveis legais para passar a noite no mesmo quarto com uma CAV do sexo feminino que não seja membro da família.

Se a permissão por escrito do pai ou responsável legal não tiver sido obtida de antemão, e se, no melhor julgamento da CAV, for mais seguro compartilhar um quarto com a Filha do que ter quartos separados nas circunstâncias da viagem em particular, as duas podem compartilhar o mesmo quarto. A CAV deve contactar imediatamente o(s) pai(s) da Filha para os informar de que esta decisão foi tomada.

Pai/ou Guardiã Legal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Mãe/ou Guardiã Legal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_