

COLMEIAS MINEIRAS
FORMULÁRIO PESSOAL DE SAÚDE

Evento para o qual esse formulário está sendo preenchido: _____

As informações fornecidas nesse formulário serão usadas à descrição do Conselho Guardiã do Bethel para assegurar que prudência e atenção sejam destinadas à saúde das Abelhinhas.

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Pai: _____ Telefone: () _____ () _____

Endereço: _____ [] Mesmo da Criança

Mãe: _____ Telefone: () _____ () _____

Endereço: _____ [] Mesmo da Criança

Se os pais não estiverem disponíveis, em uma emergência, por favor, notifique:

Nome: _____ Telefone: () _____ () _____

Endereço: _____

Relacionamento com a criança: _____

Plano de saúde? [] Sim, _____ [] Não (Se sim, salvo em situações de urgência e emergência, você deseja que sua filha seja encaminhada somente para um Hospital com o plano de saúde ou o Bethel pode utilizar serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)? [] Só encaminhar para hospital com Plano de Saúde [] Pode ser encaminhada para o SUS.

Médico da Criança: _____ Telefone: () _____ () _____

Sua filha sofre de alguma desordem física ou emocional que a impediria de participar em atividades?

[] Não [] Sim. Se sim, por favor, liste e explique: _____

Você tem alguma instrução especial para o Conselho Guardiã do Bethel com relação a cuidados com a saúde e/ou dieta? _____

Sua filha tem alguma reação alérgica a medicamentos, comida, picada de inseto, etc.? Se sim, por favor, explique fornecendo o tipo de reação e tratamento administrado: _____

Sua filha já menstruou? [] Sim [] Não. Se não, ela já foi orientada sobre isso? [] Sim [] Não

Por favor, liste alguma condição crônica ou doença recente sobre a qual o Conselho Guardiã do Bethel deve estar atento: _____

Por favor, especifique detalhes de medicação ou tratamento necessários nos casos acima: _____

Data da última vacina de tétano: _____ Usa óculos ou lentes? [] Sim [] Não

Nós, abaixo assinados, pais de _____ autorizamos o Conselho Guardiã do Bethel e/ou responsáveis das Abelhinhas do Bethel nº _____ a exercer supervisão de nossa filha durante o tempo que ela estiver participando de eventos da Colmeia e das Filhas de Jó. Nós livramos o Conselho Guardiã do mencionado Bethel e/ou seus responsáveis de qualquer responsabilidade civil causada pela participação de nossa filha nos eventos.

Além disso, nós autorizamos o Conselho do Bethel e/ou seus responsáveis a obter para nossa filha _____ qualquer auxílio médico emergencial que possa ser necessário, como resultados de ferimentos durante as atividades e os eventos, e concordamos em pagar todos os custos do mesmo. Nós concordamos em reembolsar os citados responsáveis de qualquer quantia adiantada por eles para tal propósito e a indenizar e resguardar os citados responsáveis de qualquer reclamação por contas médicas ou despesas médicas de qualquer auxílio médico prestado para a citada filha.

Pai, mãe ou tutor (a) legal: _____

Local e data: _____