

Autorização de menor para tratamento médico / Authorization for Minor's Medical Treatment - Free Legal Form

Menor / Child

Nome e sobrenome completo / Full Legal Name:.....

Data de nasc. / Date of Birth: **Idade / Age:** **Sexo / Gender:** **Passaporte / Passport number:**

Grupo Sanguíneo / Blood Group: **Factor / Type Blood:**

Pais / Tutores / Parents / Legal Guardians

Nome do Pai / Father's Name:.....

Endereço / Address:

Tel. Particular / Home phone: **Tel. Comercial / Work phone:** **Celular / Cellphone:**

Página: **Email:**

Informação Adicional / Additional Contact Information:

Nome da mãe / Mother's Name:

Endereço / Address:

Tel. Particular / Home phone: **Tel. Comercial / Work phone:** **Celular / Cellphone:**

Página: **Email:**

Informação Adicional / Additional Contact Information:

Contato Alternativo, no caso de que os pais não possam ser localizados / Alternative contact in case Parents/legal Guardians cannot be reached

Nome / Name:

Endereço / Address:

Tel. Particular / Home phone: **Tel. Comercial / Work phone:** **Celular / Cellphone:**

Página: **Email:**

Relação com o menor / Child's Relation:

Ficha Médica / Medical Information

Plano de saúde / Medical's Insurance:.....

Nro. de Afiliado / ID Social Number:

Tel. de Urgência / Emergency Phone:

Nome do Médico habitual / Doctor's Name:

Tel. / Telephone Number:

Signos e sintomas observados nos últimos 10 dias / Signs and symptoms observed in the last 10 days

Febre / Fever **Tosse / Cough** **Dor Muscular / Muscular Pain**

Diarréia / Diarrhea **Vômito / Vomiting** **Dor de Cabeça / Headache**

Dificuldade para respirar / Difficult to Breathe **Outros / Another** **Nenhum / None**

História Médica (marque o que não corresponda) / Medical History (cross out if not applicable)

Doenças da infância / Childhood Illness

Catapora / Chicken pox **Sim / Yes** **Não / No**

Sarampo / Measles **Sim / Yes** **Não / No**

Rubeola / Rubella **Sim / Yes** **Não / No**

Outras Doenças / Other Childhood illnesses? **Sim / Yes** **Não / No**

Quais? / Which ones?

Cardiopatias / Heart diseases **Sim / Yes** **Não / No** **Quais? / Which ones?**

Respiratórios / Respiratory diseases **Sim / Yes** **Não / No** **Quais? / Which ones?**

Metabólicos / Metabolic diseases **Sim / Yes** **Não / No** **Quais? / Which ones?**

Neurológicos / Neurological diseases **Sim / Yes** **Não / No** **Quais? / Which ones?**

Digestivos / Gastrointestinal diseases **Sim / Yes** **Não / No** **Quais? / Which ones?**

Psicológicos / Psychological diseases **Sim / Yes** **Não / No** **Quais? / Which ones?**

Traumatológicos / Orthopedic diseases **Sim / Yes** **Não / No** **Quais? / Which ones?**

Sofre alguma doença crônica (Alergia, Diabetes, trastornos no sangue?) / Does the Child have any chronic disease (Allergy, Diabetes, Blood illnesses)?

Alérgico? / Is the Child Allergic? **Sim / Yes** **Não / No** **A que coisa? / Mention the things that your child is allergic to**

Alguma vez recebeu a vacina antitetânica? Quando foi a última vez? / Have you ever applied the tetanus vaccination? When was the last time?

Medicamentos / Medicine

Está atualmente em tratamento com algum medicamento / Is your child actually being treated with any medications? (*) **Sim / Yes** **Não / No**

(*)Em caso afirmativo complete as seguintes informações / In affirmative case complete the following information:

A) Por que doença toma a medicação? / Mention the name of the illness that your child takes that medicines for.....

B) Que medicamento deve tomar? Mencione o nome e a droga / Mention the name of the medicines and the dose that is taken by your child

- **Nome do medicamento / Medication's Name**

- **Nome da Droga / Medication's Dosage**

- **Nome do medicamento / Medication's Name**

- **Nome da Droga / Medication's Dosage**

Lembre de calcular a quantidade de medicamento que deve levar em sua viagem, de acordo à quantidade de dias de viagem e à dose /

Remember to calculate the correct dosage of medications that your child should carry for the whole journey.

Se o medicamento necessita refrigeração, lembre o Coordenador do grupo antes de começar a viagem / If the medication needs refrigeration, please tell this to the coordinator or supervisor before starting the journey.

Toma medicamentos em outras situações como Febre ou dores? / Does your child take medicine in other situations like fever or pain?

Sim / Yes **Não / No** **Em Quais? / Which ones?.....**

Tem algum medicamento que não deva tomar? / Is there any medications that your child should not take?

Sim / Yes **Não / No** **Quais? / Which ones?.....**

Alimentação / Feeding Information

Tem algum alimento que não possa ingerir? / Is there any food that your child cannot eat?

Sim / Yes **Não / No** **Quais? / Which ones?.....**

Sofre de Bulimia ou Anorexia? / Do you suffer from Bulimia or Anorexia? **Sim / Yes **Não / No****

O seguinte espaço é para que o Sr(a) escreva qualquer informação que considere importante (gravidez, antecedentes psiquiátricos, etc) e necessária para o conhecimento dos profissionais que, se necessário, atenderão ao paciente / The following space is in order to complete if you consider any important information for knowledge of the professionals, that in case of needing, they'll see the patient (pregnancy, psychiatric precedents, etc)

.....
.....
.....

.....
Assinatura do médico / Doctor's signature

AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS OU TUTOR / AUTHORIZATION AND CONSENT OF PARENTS OR LEGAL GUARDIAN

Pela presente, juro ter a guarda legal do menor mencionado anteriormente. Em este ato, autorizo e dou meu consentimento para que "O coordenador" responsável providencie a primeira assistência ou tratamento médico no caso de que o menor sofra lesões ou fique doente durante a viagem. / I do hereby solemnly swear that I have legal custody of the aforementioned minor child. I grant my authorization and consent for the "Supervising adult's" to administer general first visit and treatment at Clinics or Emergency Room for any minor injuries or illness during his/her trip.

Assinatura do Pai / Father's Signature:

Nome por extenso / Printed Name:

RG:

Assinatura da Mãe / Mother's Signature:

Nome por extenso / Printed Name:

RG:

Assinatura do Tutor / Legal Guardians:

Nome por extenso / Printed Name:

RG:

.....
LOCAL E DATA / DATE