

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: _____

Enderço: _____ 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, emu ma 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 menstruous? _____ Se não, já foi conversado com ela sobre menstruação? _____

Por favor, liste qualquer condição crônica ou doença recente que o Conselho Guardião 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 Guardião 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 Guardião Legal da Filha aqui mencionados consentem expressamente com todo e qualquer tratamento médico de emergência e concedem a Procuração ao Supremo/ Grande/ Conselho Guardião 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 Guardião 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 Guardião Legal _____

Data _____

Mãe/ou Guardião Legal _____

Data _____