

## Autorização para Tratamento Médico de Menor 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: .....  
 Grupo Sanguíneo / Blood Group: ..... Factor / Type Blood: ..... Passaporte / Passport number: .....

### Pais / Tutores / Parents / Legal Guardians

Nome do Pai / Father's Name: .....  
 Endereço / Address: .....  
 Tel. Res. / Home phone: (.....)..... Tel. Com. / Work phone: (.....)..... Celular / Mobile: (.....).....  
 Página: ..... Email: .....  
 Informação Adicional / Additional Contact Information: .....

Nome da mãe / Mother's Name: .....  
 Endereço / Address: .....  
 Tel. Res. / Home phone: (.....)..... Tel. Com. / Work phone: (.....)..... Celular / Mobile: (.....).....  
 Página: ..... Email: .....  
 Informação Adicional / Additional Contact Information: .....

Contato alternativo, caso os pais não possam ser localizados / Alternative contact in case Parents/legal Guardians cannot be reached:

Nome / Name: .....  
 Tel. Res. / Home phone: (.....)..... Tel. Com. / Work phone: (.....)..... Celular / Mobile: (.....).....  
 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: .....

Sinais e sintomas observados nos últimos 10 dias / Signs and symptoms observed within the last 10 days:

<input type="checkbox"/> Febre / Fever	<input type="checkbox"/> Tosse / Cough	<input type="checkbox"/> Dor Muscular / Muscular Pain
<input type="checkbox"/> Diarréia / Diarrhea	<input type="checkbox"/> Vômito / Vomiting	<input type="checkbox"/> Dor de Cabeça / Headache
<input type="checkbox"/> Dificuldade p/ respirar / Difficult to Breathe	<input type="checkbox"/> Outros / Another	<input type="checkbox"/> Nenhum / None

História Médica / Medical History:

#### A) Doenças de Infância / Childhood Illnesses

Catapora / Chicken pox  **não / no**  sim / yes  
 Sarampo / Measles  **não / no**  sim / yes  
 Rubéola / Rubella  **não / no**  sim / yes

#### B) Outras Doenças de Infância / Other Childhood Illnesses? **não / no** sim / yes

Quais? / Which ones? .....

#### C) Outros transtornos / Other Disturbances:

Cardiopatas / Heart diseases	<input type="checkbox"/> <b>não / no</b>	<input type="checkbox"/> sim / yes	Quais / Which ones?.....
Respiratórios / Respiratory diseases	<input type="checkbox"/> <b>não / no</b>	<input type="checkbox"/> sim / yes	Quais / Which ones?.....
Metabólicos / Metabolic diseases	<input type="checkbox"/> <b>não / no</b>	<input type="checkbox"/> sim / yes	Quais / Which ones?.....
Neurológicos / Neurological diseases	<input type="checkbox"/> <b>não / no</b>	<input type="checkbox"/> sim / yes	Quais / Which ones?.....
Digestivos / Gastrointestinal diseases	<input type="checkbox"/> <b>não / no</b>	<input type="checkbox"/> sim / yes	Quais / Which ones?.....
Psicológicos / Psychological diseases	<input type="checkbox"/> <b>não / no</b>	<input type="checkbox"/> sim / yes	Quais / Which ones?.....
Traumatológicos / Orthopedic diseases	<input type="checkbox"/> <b>não / no</b>	<input type="checkbox"/> sim / yes	Quais / Which ones?.....

Sofre de alguma doença crônica (Diabetes, transtornos do sangue? / Does the Child have any chronic disease (Diabetes, Blood Disease)?

Tem alguma alergia? / Is the Child allergic?  **não / no**  sim / yes A quê? / To what? .....

Alguma vez recebeu a vacina antitetânica? Quando foi a última vez? / Has the child ever received tetanus vaccination? When was the last time?

**Medicamentos / Medication**

Está sendo tratado com algum medicamento atualmente? / Is your child actually being treated with any medications? ( ) **não / no** ( ) **sim / yes\***

**\*Se sim, complete as seguintes informações:** / If so, complete the following information:

**A) Por que doença toma a medicação?** / What disease does your child take medication for?.....

**B) Que medicamento deve tomar?** What medication and dosage is your child supposed to take?

Nome do medicamento / Medication's Name .....

Dose / Dosage .....

Nome do medicamento / Medication's Name .....

Dose / Dosage .....

**Certifique-se de calcular a quantidade de medicamento para a viagem, de acordo com o número de dias da viagem e a dose.**

Please be sure to calculate the correct amount of medication for your child's whole trip, according to the number of days and dosage.

**A criança toma medicamentos em outras situações como febre ou dores?** / Does your child take any medicine in other situations such as fever or pain?

( ) **não / no** ( ) **sim / yes** Quais / Which ones?.....

**Há algum medicamento que não deva tomar?** / Is there any medicines your child should not take?

( ) **não / no** ( ) **sim / yes** Quais / Which ones?.....

**Alimentação / Feeding Information**

Tem algum alimento que não possa ingerir? / Is there any kind of food your child should not take?

( ) **não / no** ( ) **sim / yes** Quais / Which ones?.....

Sofre de Bulimia ou Anorexia? / Do you suffer from Bulimia or Anorexia?

( ) **não / no** ( ) **sim / yes**

Informações importantes e relevantes (gravidez, antecedentes psiquiátricos, etc) para profissionais que venham a prestar atendimento.  
Important and relevant information (pregnancy, psychiatric precedents, etc) for professionals who may provide assistance.

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

**AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS OU TUTOR / PARENTS' OR LEGAL GUARDIAN'S AUTHORIZATION AND CONSENT**

Pela presente, declaro ter a guarda legal do menor mencionado anteriormente, e autorizo e dou meu consentimento para que "o coordenador" responsável providencie a primeira assistência ou tratamento médico caso o menor sofra lesões ou adoença durante a viagem.

I hereby declare that I have legal custody of the here upon identified child, and authorize and consent that the "supervisor" take measures to assure first aid and medical treatment in case of any minor injuries or illness during the child's trip.

.....  
**Local e Data / Location and Date**

Assinatura do Pai / Father's Signature: .....

Nome por extenso / Printed Name: .....

RG / ID: .....

Assinatura da Mãe / Mother's Signature: .....

Nome por extenso / Printed Name: .....

RG / ID: .....

Assinatura do Tutor / Legal Guardian's: .....

Nome por extenso / Printed Name: .....

RG / ID: .....