Se necessitar de mais impressos, estes podem ser descarregados/baixados do sítio da Internet do Massachusetts Department of Public Health, em www.mass.gov/dph/fch/directions ou obtidos pelo telefone 800-882-1435 (apenas em MA), 617-624-5070 ou 617-624-5992 (TTY).

Informações

Informações importantes sobre o seu filho

1

Este capítulo contém diversos formulários impressos para ajudá-lo a organizar e planear/planejar os cuidados do seu filho. Use estes documentos para escrever as informações sobre a saúde do seu filho, a sua história médica e outras informações importantes.Se escrever todas as informações num só documento, é mais fácil encontrar o que procura.

Lista de verificação dos formulários de informações

- Contactos dos pais/do tutor e de emergência
- Plano de saúde
- Diagnósticos
- Alergias
- Formulário de Informações de Emergência para Crianças com Necessidades Especiais
- Tudo sobre mim
- Nascimento e desenvolvimento: A gravidez da mãe
- Nascimento e desenvolvimento: Informações sobre o seu bebé
- História médica da família
- Prestadores de cuidados de saúde
- Hospitais
- Outros prestadores de cuidados de saúde
- Organismo de saúde ao domicílio
- Escola/Creche
- Farmácias
- Medicamentos
- Diário de ocorrências
- Materiais/Equipamento
- Internamentos hospitalares
- Exames clínicos importantes
- Registo de consultas/ Marcações/Horas marcadas
- Registo de chamadas telefónicas
- Informações importantes para vigilante/pessoa que toma conta de crianças

Contactos dos pais/do tutor e de emergência

Criança

Nome_____ **Alcunha/Apelido**_____
Morada/Endereço _____
Nº de segurança social # _____ **Data de nascimento**_____
Primeira língua _____
Outras línguas (faladas) _____

Parent(s)/Guardian(s)

Nome_____ **Relação com a criança**_____
Morada/Endereço _____
Telephone: Residência _____ **Trabalho** _____ **Celular** _____
Primeira língua _____
Outras línguas (faladas) _____

Additional Parent(s)/Guardian(s)

Nome_____ **Relação com a criança**_____
Morada/Endereço _____
Telephone: Residência _____ **Trabalho**_____ **Celular** _____
Primeira língua _____
Outras línguas (faladas) _____

A criança tem mais que uma residência? @ **Sim** @ **Nao**

Se sim, explique _____

Contacto de emergência

Nome_____ **Relação com a criança**_____
Morada/Endereço_____
Telefone: Residência _____ **Trabalho** _____ **Celular**_____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Seguro de saúde

Seguro primário

Nome do plano de saúde _____

Telefone _____

Morada/Endereço _____

Subscritor/Segurado (nome do titular da apólice de seguro)

_____

Nº de ID do subscritor/segurado _____

Nº do grupo _____–_____

Gestor de caso/Coordenador de cuidados _____

Telefone _____

Outros contactos_____

Telefone _____

Secondary Insurance

Name of Plan _____

Telephone _____

Address_____

Subscriber (Name of Policy Holder) _____

Subscriber ID#_____

Group # _____

Case Manager/Care Coordinator _____

Telephone _____

Other Contacts_____

Telephone _____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Diagnósticos

Diagnósticos	Responsável pelo diagnóstico	Data de anotação	Notas

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Alergias

Alimentos	Reacção	Data de anotação

Medicamento	Reacção	Data de anotação

Outros	Reacção	Data de anotação

Formulário de Informações de Emergência para Crianças com Necessidades Especiais

O formulário seguinte destina-se a dar aos prestadores de cuidados de emergências as informações necessárias para cuidar correctamente do seu filho. Peça ao prestador de cuidados primário (PCP) do seu filho para preencher e assinar este formulário. Dê uma cópia deste formulário a todas as pessoas que possam estar envolvidas na prestação de cuidados de emergência ao seu filho.

É muito importante **actualizar** este formulário, imediatamente após a ocorrência de qualquer um destes eventos/ocorrências:

- Alterações importantes no estado de saúde ou diagnóstico do seu filho
- Qualquer intervenção cirúrgica
- Alterações importantes nos medicamentos ou dosagens
- Mudanças de prestadores de cuidados de saúde

Após a actualização do formulário, não esquecer de entregar uma cópia aos serviços de emergência médica (EMS), aos prestadores de cuidados de saúde do seu filho ou a quaisquer pessoas que tomam conta do seu filho.

Sugestões sobre onde guardar cópias deste formulário:

- **Consultório do prestador de cuidados de saúde:** Na ficha do seu filho de todos os prestadores de cuidados de saúde, incluindo os especialistas.
- **Em casa:** Na residência da criança, em local onde possa ser facilmente encontrada, como, por exemplo, sobre o frigorífico/geladeira.
- **Automóvel:** No porta-luvas de todos os carros da família.
- **No local de trabalho:** No local de trabalho dos pais.
- **Mala/Carteira:** Na mala/carteira dos pais da criança.
- **Escola:** Na ficha da criança na escola, por exemplo, no gabinete/consultório médico da escola.
- **Bagagem/Pertences da criança:** Na bagagem/pertences da criança durante as viagens.
- **Pessoa a contactar em caso de emergência:** Na residência da pessoa a contactar em caso de emergência (indicada no formulário).
- **Serviços de emergência médica (EMS) locais:** Dar uma cópia deste formulário aos serviços de ambulâncias e serviços de urgência dos hospitais locais. Fazer e guardar cópias adicionais para entregar aos prestadores de cuidados de saúde durante as situações de emergência.

Sugestão:

Ver mais informações sobre a preparação para emergências no Capítulo 4.

E

E

Tudo sobre Mim

O meu nome é _____
Primeiro Meio Apelido/Sobrenome

Sou também conhecido por _____

Vivo em: @ Residência @ Escola @ Casa de Acolhimento/Lar de criação

@ Hospital @ Outro local _____

Os nomes das pessoas da minha família são

Nome próprio	Apelido/Sobrenome	Relação comigo

Outras pessoas que me conhecem bem (amigos, vigilante/babysitter (babá) vizinhos)

Nome próprio	Apelido/Sobrenome	Relação comigo

Animais

O meu animal de estimação é um _____ e o nome dele é _____

O meu outro animal de estimação é um _____ e o nome dele é _____

Sugestão:

Este formulário pode ajudar os prestadores de cuidados de saúde a saber mais sobre o seu filho. Pode ainda ensinar ao seu filho a descrever as suas necessidades e as coisas de que gosta mais ou não gosta. Ajude o seu filho a preencher este formulário. Actualizar este formulário, à medida que a criança crescer ou houver alteração nas informações.

Tudo sobre Mim

Nome da criança _____

Data de nascimento _____

As coisas de que gosto mais

Brinquedos _____

Jogos _____

Actividades/Passatempos _____

Canções _____

Programas de televisão _____

Outras coisas _____

As coisas que gosto mais de fazer no meu tempo livre

_____

_____

_____

As minhas comidas preferidas são

_____

_____

_____

As comidas de que não gosto são

_____

_____

_____

Normalmente, vou para a cama às _____ **horas.**

Antes de ir para cama, costumo _____

_____

_____

_____

As coisas em que preciso de ajuda são (por exemplo: lavar-me, lavar os dentes, vestir-me etc.)

_____

_____

As coisas que consigo fazer bem sozinho são _____

_____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Nascimento e desenvolvimento: A gravidez da mãe

Indique quaisquer doenças ou problemas durante a gravidez.

_____

_____

_____

Tipo de parto @ **Vaginal** @ **Cesariana** @ **Bebé invertido/de nádegas**

Houve problemas durante o parto? @ **Não** @ **Sim**

Se houve problemas durante o parto, descreva-os:_____

_____

_____

Obstetra/Parteira _____

Telefone _____

Prestador de cuidados primários da mãe _____

Telefone _____

Local do parto

Nome do Hospital/Maternidade_____

Telefone _____

Morada/Endereço _____

A criança foi transferida para outro hospital? @ **Não** @ **Sim**

Se sim, indicar o nome do hospital_____

Telefone _____

Morada/Endereço _____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Nascimento e desenvolvimento: Informações sobre o seu bebé

Peso à nascença/ao nascimento _____**libras**_____**onças**
Comprimento/tamanho_____**inches**

O bebé nasceu após gravidez de termo (37 semanas ou mais)? @ **Sim** @ **Não**
Se não, indicar as semanas de gestação _____

Pontuação de Apgar da criança no 1º minuto _____ **após 5 minutos** _____

Idade da criança no momento da primeira alta do hospital _____

O bebé foi alimentado com: @ **Amamentação** @ **Leite artificial**
leite artificial, indicar marca _____

Marcos de desenvolvimento

O meu filho	Idade quando:	Notas
Primeiro sorriso		
Levantou a cabeça		
Rebolou/rolou sobre si mesmo		
Se sentou		
Teve o primeiro dente		
Começou a comer comida sólida		
(En)Gatinhou		
Disse a primeira palavra		
Fez o gesto de "adeus"/deu "tchauzinho"		
Andou		
Disse a primeira frase		
Começou a fazer as necessidades sozinho		
Outras:		
Outras:		

Sugestão:
Pedir ao prestador de cuidados primários da criança as informações que possa não saber (como, por exemplo, resultados Apgar e medidas à nascença).

Sugestão:
Registar o comprimento e peso do seu bebé na última página do Boletim de Saúde e Vacinas (***Massachusetts Lifetime Health and Immunization Record***).

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

História médica da família

Existe alguém na família (pai, irmão, irmã, avós, tia, tio, primos etc.) com uma deficiência ou doença crónica semelhante? @ **Não** @ **Sim**

Se sim, quem? _____

_____

Alguém na família (pais, irmão, irmã, avós, tia, tio, primos etc.) tem:

			Se sim, qual é a sua relação com a criança?
1. Problemas genéticos	@ **Sim**	@ **Não**	_____
2. Problemas cardíacos	@ **Sim**	@ **Não**	_____
3. Problemas de desenvolvimento	@ **Sim**	@ **Não**	_____
4. Distúrbio convulsivo	@ **Sim**	@ **Não**	_____
5. Diabetes	@ **Sim**	@ **Não**	_____
6. Problemas de sangue	@ **Sim**	@ **Não**	_____
7. Cancro/câncer	@ **Sim**	@ **Não**	_____
8. Problemas de visão ou audição	@ **Sim**	@ **Não**	_____
9. Problemas metabólicos ou de nutrição	@ **Sim**	@ **Não**	_____
10. Outros _____	@ **Sim**	@ **Não**	_____

Alguém na família fez aconselhamento ou exames genéticos?

@ **Sim** @ **Não** @ **Não sei**

Se sim, descreva-os: _____

_____

Existe alguma outra informação médica na família que possa estar relacionada com as necessidades especiais do seu filho?_____

_____

_____

_____

Nome da criança _____ **Data de nascimento** _____

Prestadores de cuidados de saúde

Sugestão: Em vez de preencher o formulário, agrafar/grampear o cartão de visita do seu prestador de cuidados de saúde no espaço indicado.

Prestador de cuidados de saúde primários

Nome _____ **Especialidade (se aplicável)** _____

Nome da clínica/hospital _____ **Telefone** _____

Morada/Endereço _____

Fax _____ **Correio electrónico** _____

Médicos especialistas e prestadores de cuidados de saúde

Nome _____

Especialidade _____

Morada/Endereço _____

Telefone _____

Fax _____

Correio electrónico _____

Nome da clínica/hospital _____

Frequência das consultas (quantas) _____

Nome _____

Epecialidade _____

Morada/Endereço _____

Telefone _____

Fax _____

Correio electrónico _____

Nome da clínica/hospital _____

Frequência das consultas (quantas) _____

Nome _____

Especialidade _____

Morada/Endereço _____

Telefone _____

Fax _____

Correio electrónico _____

Nome da clínica/hospital _____

Frequência das consultas (quantas) _____

Nome _____

Especialidade _____

Morada/Endereço _____

Telefone _____

Fax _____

Correio electrónico _____

Nome da clínica/hospital _____

Frequência das consultas (quantas) _____

Nome da criança _____ **Data de nascimento** _____

Prestadores de cuidados de saúde

Nome _____
Especialidade _____
Morada/Endereço _____
Telefone _____
Fax _____
Correio electrónico _____
Nome da clínica/hospital _____
Frequência das consultas (quantas) _____

Nome _____
Especialidade _____
Morada/Endereço _____
Telefone _____
Fax _____
Correio electrónico _____
Nome da clínica/hospital _____
Frequência das consultas (quantas) _____

Nome _____
Especialidade _____
Morada/Endereço _____
Telefone _____
Fax _____
Correio electrónico _____
Nome da clínica/hospital _____
Frequência das consultas (quantas) _____

Nome _____
Especialidade _____
Morada/Endereço _____
Telefone _____
Fax _____
Correio electrónico _____
Nome da clínica/hospital _____
Frequência das consultas (quantas) _____

Nome _____
Especialidade _____
Morada/Endereço _____
Telefone _____
Fax _____
Correio electrónico _____
Nome da clínica/hospital _____
Frequência das consultas (quantas) _____

Nome _____
Especialidade _____
Morada/Endereço _____
Telefone _____
Fax _____
Correio electrónico _____
Nome da clínica/hospital _____
Frequência das consultas (quantas) _____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Hospitais

Hospital principal

Nome do hospital_____

Morada/Endereço_____

Ficha médica Nº_____

Telefone da central telefónica do hospital_____

Telefone da urgência/pronto-socorro _____

Nome da pessoa de contacto _____ **Título**_____

Telefone _____ **Fax** _____

Correio electrónico _____

Outro hospital

Nome do hospital_____

Morada/Endereço_____

Ficha médica Nº_____

Telefone da central telefónica do hospital_____

Telefone da urgência/pronto-socorro _____

Nome da pessoa de contacto _____ **Título**_____

Telefone _____ **Fax** _____

Correio electrónico _____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Outros prestadores de cuidados de saúde

Use este formulário para indicar os prestadores de cuidados de saúde, como terapeutas, especialistas em apoio psicológico, prestadores do programa de Intervenção Precoce, coordenadores de cuidados ou do caso, assistentes de cuidados pessoais (PCAs), prestadores de cuidados paliativos, contactos em órgãos estaduais etc.

Serviço(s)_____

Nome do organismo _____

Morada/Endereço_____

Pessoa de contacto _____ **Telefone**_____

Fax _____ **Correio electrónico** _____

Frequência das consultas (quantas)_____

Serviço(s)_____

Nome do organismo _____

Morada/Endereço_____

Pessoa de contacto _____ **Telefone**_____

Fax _____ **Correio electrónico** _____

Frequência das consultas (quantas)_____

Serviço(s)_____

Nome do organismo _____

Morada/Endereço_____

Pessoa de contacto _____ **Telefone**_____

Fax _____ **Correio electrónico** _____

Frequência das consultas (quantas)_____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Outros prestadores de cuidados de saúde

Serviço(s)_____

Nome do organismo _____

Morada/Endereço_____

Pessoa de contacto _____ **Telefone**_____

Fax _____ **Correio electrónico** _____

Frequência das consultas (quantas)_____

Serviço(s)_____

Nome do organismo _____

Morada/Endereço_____

Pessoa de contacto _____ **Telefone**_____

Fax _____ **Correio electrónico** _____

Frequência das consultas (quantas)_____

Serviço(s)_____

Nome do organismo _____

Morada/Endereço_____

Pessoa de contacto _____ **Telefone**_____

Fax _____ **Correio electrónico** _____

Frequência das consultas (quantas)_____

Serviço(s)_____

Nome do organismo _____

Morada/Endereço_____

Pessoa de contacto _____ **Telefone**_____

Fax _____ **Correio electrónico** _____

Frequência das consultas (quantas)_____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Organismo de saúde na área de residência

Nome do organismo _____

Pessoa de contacto _____ **Telefone** _____

Morada/Endereço_____

Fax _____ **Correio electrónico**_____

Serviços a prestar (por exemplo, enfermagem, terapia, auxiliares de saúde a domicílio etc.)

Serviço	Frequência (quantas vezes)	Quantidade (horas em cada visita)
	consultas/semana	horas/consulta
	consultas/semana	horas/consulta
	consultas/semana	horas/consulta
	consultas/semana	horas/consulta
	consultas/semana	horas/consulta

Notas/Comentários

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Escola/Creche

Nome da escola _____

Morada/Endereço _____

Director _____**Telefone** _____

Enfermeiro(a) da escola _____ **Telefone** _____

Professor(es) _____ **Telefone** _____

Auxiliar(es) _____

Contactos de Educação Especial_____ **Telefone** _____

_____

Terapeuta(s)_____**Telefone** _____

_____

Psicólogo da escola_____ **Telefone** _____

Orientador_____ **Telefone** _____

Contacto da Associação de Pais (PAC)
_____ **Telefone** _____

Contacto MASSTART_____ **Telefone** _____

A escola do seu filho tem um centro de saúde próprio? @ **Sim** @ **Não**

Se sim, indicar o nome do centro _____ **Telefone**_____

Transporte escolar

Nome do organismo_____

Nome do contacto _____**Telefone** _____

Morada/Endereço _____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Farmácias

Farmácia principal

Nome_____

Morada/Endereço_____

Telefone_____

Fax_____

Horário de abertura ao público_____

Pessoa de contacto_____

Outra farmácia

Nome_____

Morada/Endereço_____

Telefone_____

Fax_____

Horário de abertura ao público_____

Pessoa de contacto_____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Medicamentos

Use este formulário para registar os medicamentos que o seu filho deve tomar. Inclua na lista as vitaminas, medicamentos de venda livre e suplementos dietéticos. Quando os medicamentos ou as dosagens forem alteradas, não apagar as informações antigas. Faça um traço sobre as informações antigas e faça outra entrada na lista. (ver o exemplo abaixo) Deste modo, o registo de medicamentos está sempre completo.

Nome do medicamento	Dosagem (Quanto/quando?) (Instruções especiais?)	Razão para a tomada do medicamento	Data de início	Data de fim	Médico responsável pela receita	Notas
[EXEMPLO] ~~Ritalina~~	~~5 mg 2x dia~~ ~~(dar no pequeno almoço/ café da manhã e no almoço)~~	~~ADHD~~	~~15/03/03~~	~~31/03/03~~	~~Goldberg~~	~~Toma a dose do almoço na escola~~
[EXAMPLE] Ritalin	110 mg 2x dia (ao pequeno-almoço e almoço)	ADHD	01/04/03		Goldberg	Toma a dose do almoço na escola

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Medicamentos

Nome do medicamento	Dosagem (Quanto/quando?) (Instruções especiais?)	Razão para a tomada do medicamento	Data de início	Data de fim	Médico responsável pela receita	Notas

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Event Diary

Use this sheet to keep track of important events related to your child's health that may happen from time to time. Some examples include seizures, oxygen requirements, frequency of suctioning, vomiting.

Date	Activity/information

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Supplies/Equipment

Description of Item_____

Provider/Vendor Name _____

Contact Person_____ **Telephone** _____

Prescribed by _____ **Telephone** _____

Reason Prescribed_____

_____

Contact Person for Service/Insurance Approval_____

_____ **Telephone** _____

Comments (for example: kinds of service needed, part numbers, costs)_____

_____

Description of Item_____

Provider/Vendor Name _____

Contact Person_____ **Telephone** _____

Prescribed by _____ **Telephone** _____

Reason Prescribed_____

_____

Contact Person for Service/Insurance Approval_____

_____ **Telephone** _____

Comments (for example: kinds of service needed, part numbers, costs)_____

_____

Description of Item_____

Provider/Vendor Name _____

Contact Person_____ **Telephone** _____

Prescribed by _____ **Telephone** _____

Reason Prescribed_____

_____

Contact Person for Service/Insurance Approval_____

_____ **Telephone** _____

Comments (for example: kinds of service needed, part numbers, costs)_____

_____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Supplies/Equipment

Description of Item_____

Provider/Vendor Name _____

Contact Person_____ **Telephone** _____

Prescribed by _____ **Telephone** _____

Reason Prescribed_____

_____

Contact Person for Service/Insurance Approval_____

_____ **Telephone** _____

Comments (for example: kinds of service needed, part numbers, costs)_____

_____

Description of Item_____

Provider/Vendor Name _____

Contact Person_____ **Telephone** _____

Prescribed by _____ **Telephone** _____

Reason Prescribed_____

_____

Contact Person for Service/Insurance Approval_____

_____ **Telephone** _____

Comments (for example: kinds of service needed, part numbers, costs)_____

_____

Description of Item_____

Provider/Vendor Name _____

Contact Person_____ **Telephone** _____

Prescribed by _____ **Telephone** _____

Reason Prescribed_____

_____

Contact Person for Service/Insurance Approval_____

_____ **Telephone** _____

Comments (for example: kinds of service needed, part numbers, costs)_____

_____

Nome da criança_____ Data de nascimento _____

Hospital Stays

Date of Admission _____ Date of Discharge_____

Name of Hospital _____ Telephone _____

Address_____

Doctor(s)/Surgeon(s)_____

Reason for Admission_____

_____

Outcome_____

_____

Date of Admission _____ Date of Discharge_____

Name of Hospital _____ Telephone _____

Address_____

Doctor(s)/Surgeon(s)_____

Reason for Admission_____

_____

Outcome_____

_____

Date of Admission _____ Date of Discharge_____

Name of Hospital _____ Telephone _____

Address_____

Doctor(s)/Surgeon(s)_____

Reason for Admission_____

_____

Outcome_____

_____

Nome da criança_____ Data de nascimento _____

Hospital Stays

Date of Admission _____ Date of Discharge_____

Name of Hospital _____ Telephone _____

Address_____

Doctor(s)/Surgeon(s)_____

Reason for Admission_____

_____

Outcome_____

_____

Date of Admission _____ Date of Discharge_____

Name of Hospital _____ Telephone _____

Address_____

Doctor(s)/Surgeon(s)_____

Reason for Admission_____

_____

Outcome_____

_____

Date of Admission _____ Date of Discharge_____

Name of Hospital _____ Telephone _____

Address_____

Doctor(s)/Surgeon(s)_____

Reason for Admission_____

_____

Outcome_____

_____

Nome da criança_____ Data de nascimento _____

Important Tests

@ Blood @ X-ray @ CT @ MRI @ Other _____ Date Performed _____

Description_____

Doctor who Ordered Test_____ Telephone _____

Results_____

_____

Location of Test Record_____ Telephone _____

Comments_____

_____

@ Blood @ X-ray @ CT @ MRI @ Other _____ Date Performed _____

Description_____

Doctor who Ordered Test_____ Telephone _____

Results_____

_____

Location of Test Record_____ Telephone _____

Comments_____

_____

@ Blood @ X-ray @ CT @ MRI @ Other _____ Date Performed _____

Description_____

Doctor who Ordered Test_____ Telephone _____

Results_____

_____

Location of Test Record_____ Telephone _____

Comments_____

_____

Nome da criança_____ Data de nascimento _____

Important Tests

@ Blood @ X-ray @ CT @ MRI @ Other _____ Date Performed _____

Description_____

Doctor who Ordered Test_____ Telephone _____

Results_____

_____

Location of Test Record_____ Telephone _____

Comments_____

_____

@ Blood @ X-ray @ CT @ MRI @ Other _____ Date Performed _____

Description_____

Doctor who Ordered Test_____ Telephone _____

Results_____

_____

Location of Test Record_____ Telephone _____

Comments_____

_____

@ Blood @ X-ray @ CT @ MRI @ Other _____ Date Performed _____

Description_____

Doctor who Ordered Test_____ Telephone _____

Results_____

_____

Location of Test Record_____ Telephone _____

Comments_____

_____

Nome da criança_____ **Data de nascimento** _____

Meeting/Appointment Log

Use this form to keep track of meetings and appointments you have about your child's health care.

Date and Time of Meeting	Name of Person and Agency	Contact Information	Notes (what was discussed or decided)

Nome da criança_____ **Data de nascimento**

_____

Phone Log

It is easy to lose track of what you discussed with providers when you have so many different phone calls about your child. Use this form to keep track of phone calls and other conversations you have about your child's health care.

Date and Time of Conversation	Name of Person and Agency	Phone Number	Notes (what was discussed or decided)

Important Information for a Sitter

Parent(s)/Guardian(s) Name(s)_____

I/We will be at _____ **I/We will be home around**_____

Telephone _____ **Cell Phone** _____ **Pager** _____

Special instructions _____

_____

_____

Significant events during past 48 hours_____

_____

_____

Medications to be given and time(s)_____

_____

_____

In Case of an Emergency: CALL 911

Child's Name_____

Home Telephone _____ **Date of Birth**_____

Address_____

Doctor's Name _____ **Telephone** _____

Other person to call in case of an emergency (i.e. relative, neighbor, friend)_____

_____

Allergies_____

Extra equipment/supplies are located_____

Fuse box or breaker is located_____

Fire extinguisher is located_____

Flashlight is located_____

Fill out a new form and give it to your child's sitter each time.
More forms are available from the Massachusetts Department of Public Health. Download them from www.mass.gov/dph/fch/directions or call 800-882-1435 (in MA only) or 617-624-5070.