



Formulario de atención médica - A CUMPLIMENTAR POR LOS PADRES O TUTOR LEGAL

Toda la información de este formulario es confidencial y permanecerá en los registros de Crown Guardians (Bath) Ltd. a menos que sea requerido por las leyes del Reino Unido.

Se requiere esta información para asegurarnos de que todas las personas interesadas estén al corriente de cualquier enfermedad que pudiera afectar al bienestar de su hijo/a, seguridad o progreso académico y así asistirles de la mejor manera posible en caso de emergencia.

Por favor, devuélvanos este formulario cumplimentado a Crown Guardians (Bath) Ltd. por email a mail@crownguardians.co.uk

Detalles del estudiante:

Apellidos _____ Nombre _____

Nacionalidad _____ Nacimiento

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 Sexo _____

Medicación:

¿Toma su hijo/hija alguna medicación de manera habitual? No Sí

En caso afirmativo, por favor indique la medicación, incluyendo dosis e instrucciones para su administración traducidas al inglés (por favor, asegúrese de que su hijo/hija lleva su medicación en la maleta de mano cuando viaje).

Tratamiento médico actual:

¿Está su hijo/a siguiendo algún tratamiento o pruebas médicas actualmente? Esto incluye tratamiento ortodóntico. No Sí

En caso afirmativo, por favor proporciónenos tanta información como sea posible, incluyendo la dosificación del medicamento, nombre/dirección del especialista y los trámites realizados para sus revisiones médicas una vez este en el colegio. Sería de gran ayuda que adjuntara, a este formulario, el diagnóstico del especialista.

¿Alergia a medicamentos? No Sí

En caso afirmativo, detalle _____

Medicación de emergencia _____

¿Alergia alimentaria? No Sí

En caso afirmativo, detalle _____

Medicación de emergencia _____

¿Dieta especial? No Sí

En caso afirmativo, detalle _____

Medicación de emergencia _____

¿Mareos al viajar?

Historial médico:

Epilepsia	No	Sí	En caso afirmativo, detalle	_____
Diabetes	No	Sí	En caso afirmativo, detalle	_____
Asma	No	Sí	En caso afirmativo, detalle	_____
EcceMA/Afección cutánea	No	Sí	En caso afirmativo, detalle	_____
Anorexia/Bulimia	No	Sí	En caso afirmativo, detalle	_____
Afección cardíaca	No	Sí	En caso afirmativo, detalle	_____
Afección visual/auditiva	No	Sí	En caso afirmativo, detalle	_____
Trastornos psicológicos	No	Sí	En caso afirmativo, detalle	_____

Por favor indique cualquier operación, enfermedad o condición médica no incluida previamente No Sí

En caso afirmativo, detalle _____

Historial médico emocional:

¿Tiene historial de problemas o tratamiento de salud emocional de los que debamos estar al tanto? No Sí

En caso afirmativo, detalle _____

Permiso para tratamiento médico de emergencia:

Haremos todo lo posible por ponernos en contacto con usted en caso de que surja una emergencia médica. En caso que no pudiéramos contactar con usted con la suficiente rapidez, debemos disponer de su consentimiento para que su hijo/a reciba el tratamiento médico de urgencia necesario.

Doy mi consentimiento para que el estudiante antes nombrado reciba el tratamiento que, a criterio de los profesionales de la Seguridad Social del Reino Unido, sea considerado de urgencia, incluyendo la administración anestésicos locales o generales.

Nombre _____ Relación con el estudiante _____

Firma _____ Fecha

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Permiso para administrar medicamentos sin receta y Primeros Auxilios:

Por favor, dé su consentimiento para administrar a su hijo/a medicamentos comunes sin receta y Primeros Auxilios mientras se encuentren al cuidado de las Familias de acogida de Crown Guardians . Dichos medicamentos incluyen Paracetamol, Ibuprofeno, jarabes para la tos, antihistamínicos y vendajes.

Doy mi consentimiento para que el estudiante antes nombrado reciba medicamentos sin receta y Primeros Auxilios a criterio de las Familias de acogida de Crown Guardians.

Nombre _____ Relación con el estudiante _____

Firma _____ Fecha

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Información adicional:

¿Hay algo más que debiéramos saber acerca de su hijo/a que pudiera afectar a su cuidado durante el curso? No Sí

En caso afirmativo, detalle _____

Declaro que toda la información dada es veraz e informaré a Crown Guardians (Bath) Ltd. en caso de que dicha información cambie.

Firma _____ Fecha

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Autorizo/autorizamos a Crown Guardians (Bath) Ltd. a que guarde esta información y la comparta con aquellas personas que estén en contacto directo con mi hijo/s y que precisen disponer de dicha información.