



PARENT - STUDENT HEALTH FORM

Parents should complete and sign this form / Por favor, rellene y firme este formulario:

STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Last Name / Apellido:		First Name / Nombre:	
-----------------------	--	----------------------	--

PHYSICAL EDUCATION / EDUCACIÓN FÍSICA

Is there any reason why your child cannot participate in Physical Education? / Existe algún motivo por el que su hijo no puede participar en las clases de Educación Física?

No Yes

Please explain: / Por favor, detalle:

*If yes, please attach medical certificate / En caso afirmativo, adjuntar informe médico

ALLERGIES & INTOLERANCES / ALERGIAS & INTOLERANCIAS

Does your child have any allergies and/or intolerances? (food, medicines, plants, animals, etc.) / Tiene su hijo alguna alergia e/o intolerancia? (Alimentos, medicinas, animales, medioambiental, etc.)

No Yes

If yes, please describe what they are and how they are treated: / Si responde afirmativamente, por favor detalle cuáles son y cómo se tratan:

*If yes, please attach medical certificate / En caso afirmativo, adjuntar informe médico

MEDICAL PERMISSION / CONSENTIMIENTO MÉDICO

I am requesting to BFIS that the school nurse administers paracetamol and/or Ibuprofen to my child in case s/he needs it. / Solicito a BFIS que la enfermera del colegio, administre a mi hijo/a paracetamol y/o ibuprofeno, en caso de necesidad. *

If you do not want to request that the BFIS school nurse administers paracetamol and/or Ibuprofen to your child in case s/he needs it, please check the box below / En caso de que no quiera solicitar a BFIS que la enfermera del colegio administre a su hijo/a paracetamol y/o ibuprofeno en caso de necesidad, por favor, marque la siguiente casilla:

NO

* Parents will always be notified / Los padres serán siempre notificados

Note: The administration of prescription or over-the-counter medication by school personnel to students in school shall be done only with written authorization and direction of a licensed medical or osteopathic physician or dentist. A 'Medication Administration Request' (available at our website) must be filled out and



signed by the physician/dentist and the parent/guardian. Prescription medication must be in the original containers with the pharmacy label attached. Over-the-counter medications must also be in the original containers. Parents should bring their child's medication to the school's nurse or have it delivered by the pharmacy. If the medication is sent with your child, please call the School Nurse or send her an e-mail to notify her of the amount you are sending. Students are only allowed to take medication in school when it is administered to them by the school nurse. An exception will be made to students with asthma to carry an inhaler when a written permission request is received by the school. Prescriptions are only good for the current school year. No medication will be kept at school through the summer months. Any medication left will be discarded. / La administración de medicamentos con y sin prescripción médica por personal de la escuela requiere de la autorización e indicaciones de personal médico colegiado u odontólogo. El formulario "Medication Administration Request" disponible en la página web de la escuela debe ser cumplimentado y firmado tanto por el médico colegiado/odontólogo como por los padres/tutores legales. Los medicamentos con prescripción médica deben estar en su caja/contenedor original. Dicha medicación deberá ser entregada directamente a la enfermera del colegio bien por los padres/tutores, bien por la farmacia. Si le va a entregar la medicación a su hijo para que este se la entregue a la enfermera, por favor llame o envíe un correo electrónico a la enfermera para informarle de la medicación que será entregada y la cantidad. Sólo se permite tomar medicamentos en la escuela si estos han sido administrados por la enfermera. La única excepción es para alumnos con asma que lleven inhaladores siempre que la escuela haya recibido el formulario antes mencionado. Las medicinas se usarán sólo durante un curso escolar y no se almacenarán medicinas durante los meses de verano. Las medicinas sobrantes, serán descartadas.

ACCIDENT TREATMENT PERMISSION / PERMISO EN CASO DE ACCIDENTE

I understand all efforts will be made by BFIS to contact parents first and emergency contacts second, and if neither are available, I hereby authorize and give permission to BFIS for emergency measures to be initiated in case of accident or sudden illness. / Entiendo que BFIS, en la medida de lo posible, contactará a los padres primero, y a aquellas personas detalladas en el Emergency Contact Form segundo, pero si ninguno está disponible y/o no se puede establecer contacto, autorizo a BFIS para que inicie medidas de emergencia en caso de accidente o enfermedad súbita.

I certify that all information given is correct and complete. I'm also aware that the information contained in this form is crucial to best treat my child and will inform BFIS of any changes to the information provided. / Certifico que la información facilitada en este formulario es veraz y completa. Entiendo que la información aquí contenida es esencial para proveer un entorno saludable a mi hijo/a y me comprometo a notificar a BFIS de cualquier cambio en la información aquí detallada.

Parent –Legal Guardian / Padre/Madre/Tutor Legal

Parent –Legal Guardian/ Padre/Madre/Tutor Legal

Signature / Firma

Signature / Firma

Date / Fecha

Date / Fecha

DATA PROTECTION / PROTECCIÓN DE DATOS

In compliance with Spanish personal data protection legislation, "Fundación Benjamin Franklin" (BFIS), with address in Barcelona, Martorell y Peña 9, 08017, and email info@bfischool.org, informs you that this information is required to meet your child's needs and provide a healthy and safe environment at BFIS. You may choose not to provide this information, but this will require that you speak with the Admissions Department and Nurse before your child is admitted to BFIS. The data contained in this form will be added to a database whose responsible is the Nurse at BFIS. You authorize BFIS to use said data for the aforementioned purposes. You also authorize BFIS to inform the lunch service provider of the information concerning allergies/intolerances. You may always exercise your right to access, modify, cancel and/or oppose your data in the database, as well as to deny the aforementioned authorizations, informing in writing the school Nurse. / En cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, la Fundación Privada Benjamin Franklin (BFIS) - con dirección en Barcelona, calle Martorell y Peña 9, 08017, y correo electrónico info@bfischool.org - le informa de que los datos aquí proporcionados son necesarios para satisfacer las necesidades de su hijo y garantizar un entorno seguro y saludable en BFIS. Facilitar dichos datos es voluntario, pero no facilitarlos requerirá que se ponga en contacto con el Departamento de Admisiones y la Enfermera antes de ser admitido en BFIS. Los referidos datos serán incluidos en una base de datos cuyo responsable es la enfermera de BFIS. Usted consiente a BFIS para que haga uso de los datos con las finalidades descritas, así como que los incorpore a la referida base de datos. También consiente que los datos relativos a alergias/intolerancias sean comunicados por BFIS al proveedor de comedor. Puede en cualquier momento ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos previstos en la referida normativa, así como revocar su consentimiento, dirigiéndose por escrito a la enfermera de BFIS.