



DOCTOR - STUDENT HEALTH FORM

Please have your child's Doctor complete and sign the following form. / Por favor, entregue este formulario al médico de su hijo para que lo rellene y firme.

This form must be completed and on file when the student enters school. / Este formulario debe rellenarse y entregarse en BFIS antes del inicio del curso académico.

STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ALUMNO

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

TO BE COMPLETED BY LICENSED MEDICAL PERSONNEL / A COMPLETAR POR PERSONAL MÉDICO COLEGIADO

- Please indicate if there is any evidence for concern in the areas listed below: / Por favor indique si existen condiciones/patologías médicas que afecten a alguno de los siguientes:

	Yes	No	Comments
HEENT (head, eyes, ears, nose, throat) / (Cráneo, visión, oído y garganta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungs / Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart / Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculoskeletal / Músculos y esqueleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peripheral pulses / Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno alimenticio/Eating disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blood pressure / Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologic / Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Development delays / Desarrollo tardío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attention deficit / hyperactivity / Déficit de atención / Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mental, emotional, behavioral / Psicológico, emocional, comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunodeficiency / Inmunológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies / Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastrointestinal / Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Does this child have a medical condition for which he/she is undergoing therapy/treatment that the school should be aware of? / ¿Tiene alguna condición médica por la que esté recibiendo tratamiento y que la escuela debiera conocer?	Yes/Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Does this child have environmental allergies and/or food allergies/intolerances? / ¿Tiene alguna alergia (alimentaria, medioambiental, etc...) y/o intolerancia alimentaria?	Yes/Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Does this child have a health condition/conditions which may require emergency action while at school? (e.g. seizures, allergies, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, etc.) / ¿Tiene alguna condición médica que pudiera requerir asistencia médica urgente durante el día lectivo? (como por ejemplo ataques epilépticos/convulsiones, alergias, asma, diabetes, problemas cardíacos, etc.)	Yes/Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Is there any reason why this child cannot participate in Physical Education? / ¿Existe algún motivo por el que este alumno no puede participar en las clases de Educación Física?	Yes/Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

If you have answered yes to any of the above, please attach medical certificate. / En caso afirmativo a cualquiera de las anteriores, por favor adjunte informe médico.



- Please indicate any other medical condition and/or health related information about this child that you believe BFIS should be aware of: / Por favor indique si hay algun otro dato médico que usted considere oportuno dar a conocer a BFIS:

- If you wish to contact BFIS, please contact the Admissions Office at +34 93 434 23 80 / Si necesita contactar con BFIS, por favor llame al +34 93 434 23 80 y pregunte por la Oficina de Admisiones.

IMMUNIZATIONS / VACUNAS

- Please indicate this child's vaccinations and dates: / Por favor indique las vacunas recibidas y la fecha de las mismas:

	Yes	No	Date
Diphtheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis / Tosferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haemophilus Influenzae Type B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meningitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles / Sarampion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella / Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parotitis (Mumps) / Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella Zoster Virus (Chicken Pox)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Human Papillomavirus (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I certify that all information given is correct and complete. / Certifico que la información facilitada en este formulario es veraz y completa.

Physician's signature/Firma del médico

Signature / Firma

Date / Fecha

Parent –Legal Guardian / Padre/Madre/Tutor Legal

Signature / Firma

Parent –Legal Guardian/ Padre/Madre/Tutor Legal

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.