

**CUESTIONARIO MÉDICO "ENGLISH WEEK"**

Nombre y apellidos del alumno .....

Fecha de nacimiento ..... Teléfonos en caso de necesidad .....

.....

**ALERGIAS**

¿Padece alguna alergia que pueda poner en riesgo su vida? **Sí / No** En caso afirmativo, dad detalles de la reacción y de la medicación de emergencia prescrita.

.....

.....

Alergias a medicamentos .....

Alergias a insectos o picaduras .....

Alergias a alimentos .....

**AFECCIONES MÉDICAS**

En caso de padecer alguna afección o enfermedad, por favor, aportad detalles.

.....

.....

**MEDICACIÓN**

¿Toma alguna medicación de forma habitual? **Sí / No**

En caso afirmativo, ¿es vuestro hijo responsable de su propia medicación? **Sí / No**

En caso de tomarla, por favor, dad detalles de la medicación:

Nombre del medicamento y presentación .....

Dosis .....

Por favor aseguraos de que todos los medicamentos están claramente marcados con el nombre de vuestro hijo, y con instrucciones claras, por escrito, sobre la administración. Por favor, conservadlos en su embalaje original si es posible.

**DIETA**

¿Requiere vuestro hijo una dieta especial por motivos médicos (intolerancia alimentaria) u otros? **Si / No**

Por favor dad detalles .....

**INMUNIZACIONES**

Última vacunación contra el tétanos: .....

## **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO DURANTE LA ACTIVIDAD "ENGLISH WEEK"**

En el caso de que, durante el viaje, vuestro hijo se encontrara mal como resultado de una lesión o enfermedad y necesitara tratamiento médico, solo se le podrá proporcionar con el consentimiento escrito de los padres. Sin dicho consentimiento, vuestro hijo no podrá recibir ningún tratamiento. Por lo tanto, para asegurarnos de que seguimos vuestros deseos, por favor completad y firmad los siguientes formularios.

### **PARTE I**

### **TRATAMIENTO MÉDICO**

Estoy de acuerdo en que mi hijo ..... reciba atención médica rutinaria y administración de medicamentos básicos, según sea necesario, si está enfermo durante la actividad extraescolar.

Firma ..... Nombre y apellidos .....  
(Padre/madre)

Fecha .....

### **PARTE II**

### **TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

En el caso de que se produjera una emergencia que requiriera que el alumno fuera operado sin demora, los padres serán contactados de inmediato siempre que sea posible hacerlo, y se les pedirá que den su consentimiento antes de que se administre un anestésico.

Sin embargo, puede que sea imposible contactar con los padres y, para cubrir esta contingencia, necesitamos vuestra autorización. Naturalmente, las profesoras responsables no darán permiso para que se lleve a cabo una operación a menos de que estén convencidas de que es vital.

Estoy dispuesto a que se administre un anestésico a mi hijo .....  
si es imposible que contacten conmigo antes de que tenga que realizarse una operación de EMERGENCIA.

Firma ..... Nombre y apellidos .....  
(Padre/madre)

Fecha .....