



MEDICAL INFORMATION AND CONSENT FORM

Información médica y autorización para la administración de medicamentos

STUDENT INFORMATION *INFORMACIÓN DEL ALUMNO*

NAME/ *Nombre*

LAST NAME / *Apellidos*

DATE OF BIRTH / *Fecha de Nacimiento*

EMERGENCY PHONE NUMBER / *Teléfono de emergencia (padre o madre)*

OTHER USEFUL INFORMATION/ *Otra información de interés*

MEDICAL INFORMATION *INFORMACIÓN MÉDICA*

Please identify whether your child is presently taking any medication. *Indique si su hijo/a toma alguna medicación.*

If yes, please indicate the name of the medicine, the amount per dose and the frequency of administration of the medicine.
En caso afirmativo indique el nombre de dicho medicamento, la cantidad por dosis y la frecuencia de administración de dicho medicamento.

I authorise the school nurse/staff to administer treatment in case of minor health problems at school or any emergency medical treatment to the student
Autorizo a la enfermera/personal del colegio a administrar tratamiento en caso de problemas menores de salud o cualquier tratamiento médico de emergencia al alumno en el colegio

PARENT/GUARDIAN 1

PARENT/GUARDIAN 2

NAME/*Nombre*

NAME/*Nombre*

SIGNED / *Firmado:*

SIGNED / *Firmado:*

In (place) _____ (date) _____ of (month) _____ de 20 _____