



The British College

HEALTH FILE - FICHA MEDICA

Student's First Name Sex.....

Nombre del Alumno Sexo.....

Surname(s).....

Apellidos.....

Date of Birth / Fecha de Nacimiento

Please enclose photocopy of the record of vaccinations or confirm that your son/daughter has received all the vaccinations that apply to his/her age.

Por favor adjunten fotocopia del historial de vacunas o confirmen que su hijo/a ha recibido todas las vacunas que el calendario de vacunas establece para niños/as de su edad.

Please tick

YES/SÍ

NO/No

Childhood illnesses suffered / Enfermedades de la infancia que ha padecido:

.....
.....

Does the child suffer from any illness or disability? / ¿Padece alguna enfermedad o discapacidad?

.....
.....

Does the child need to take any medication? / ¿Necesita tomar alguna medicación?

.....
.....

Does she/he suffer from any allergy, including allergies to medication? / ¿Es alérgico/a a algo, incluyendo medicamentos?

.....
.....

Make any comment about your child's health that you think the doctor should know about / Anoten cualquier comentario sobre la salud de su hijo/a, que consideren importante que el médico conozca.

.....
.....

En Caso de emergencia, si los padres no pudiéramos ser contactados, autorizo al colegio a permitir que los facultativos tomen las medidas adecuadas. / In an emergency, if we (mother/father/guardian) cannot be contacted, I authorize the school to all the doctors to take appropriate action.

Firmado Padre/Madre/Tutor

Signed Mother/Father/Guardian