



INFORMACIÓN MEDICA

Vuestro/a hijo/a:

- ¿Tiene algún requerimiento dietético especial?
- ¿Padece alguna alergia o es alérgico/ca a algún alimento o medicamento?
- ¿Actualmente, está en tratamiento médico por algún motivo?
- ¿Ha recibido la vacuna del Tétano en los últimos 5 años?
- ¿Tiene alguna necesidad especial que haya que considerar?
- ¿Sufre de vértigo?
- ¿Sufre mareos o náusea al viajar en automóvil?
- ¿Necesita tomarse algún medicamento durante su estancia en UK? (especificar)
- ¿Ha sufrido algún accidente o lesión recientemente?
- ¿Ha estado en contacto con alguna enfermedad infecciosa en las últimas 4 semanas? (Especificar cuál)
- ¿O con diarrea o vómitos en las 4 últimas semanas?



Grupo sanguíneo: _____

Especificar alguna otra información médica relevante a tener en cuenta.

Firmado (padres): _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO MÉDICO

En caso de emergencia se procederá a contactar a los padres inmediatamente, pero, si por cualquier motivo esto no fuera posible o por la urgencia requerida fuera necesaria una actuación inminente, yo, (nombre completo) _____

padre/madre de _____

autorizo que Mr & Mrs _____

otorguen su consentimiento al tratamiento médico adecuado de primera necesidad que personal médico autorizado estime oportuno, incluyendo anestesia.

En caso de dolencia menor, autorizo a que a mi hijo/a le sea administrada una única dosis consistente en 1 ó 2 pastillas de 500 mg de Paracetamol, previamente a mi conocimiento de la situación.

Firmado: _____ Fecha: _____