

Autorización para contactar con el médico

Authorisation to contact doctor

Se ruega al padre/madre/cuidador rellenar este formulario en inglés

Nombre del estudiante _____
Name of student

Nombre de la escuela donde está matriculado el estudiante o donde desea matricularse

Name of school

Se me ha informado que:

1. es posible que la escuela tenga que discutir las consecuencias de la enfermedad/es de mi hijo/a con el médico que lo/la trata para que la escuela pueda formular y aplicar un plan individual de atención de la salud.
2. la información que puede requerir la escuela incluye información sobre la alergia de mi hijo/a y el riesgo de anafilaxis, así como toda otra enfermedad que puedan afectar el apoyo de la escuela a mi hijo/a durante el horario escolar y durante las actividades organizadas bajo el auspicio de la escuela.

Se me ha informado que los datos suministrados por el médico a la escuela podrán ser usados o divulgados por el personal de la escuela para formular o aplicar el plan individual de atención de la salud.

Doy mi consentimiento para que el profesional de atención de la salud indicado más abajo proporcione al Departamento de Educación y Comunidades/la escuela información sobre la alergia de mi hijo/a, el riesgo de anafilaxis y toda otra enfermedad, incluyendo trastornos del aprendizaje, que puedan afectar al apoyo de la escuela a mi hijo/a durante el horario escolar y durante las actividades relacionadas con la escuela.

Datos del médico (Doctor's information) :

Nombre del médico: _____
Name of doctor

Dirección del médico: _____
Address of doctor

Teléfono del médico: _____
Doctor's phone number

Móvil/Celular del médico (si lo sabe): _____
Doctor's mobile

Correo electrónico del médico (si lo sabe): _____
Doctor's email

Fax del médico (si lo sabe): _____
Doctor's fax

Firma del padre/madre/cuidador _____
Signature of parent/carer

Nombre del padre/madre/cuidador (en letras de imprenta) _____
Name of parent/carer