

DOCTOR - STUDENT HEALTH FORM

Doctor-Formulario de salud del estudiante

Please have your child's physician (MD) complete, sign and stamp the following form. / Por favor, entregue este formulario al médico de su hijo/a para que lo complete, firme y selle.

This form must be completed and on file when the student enters school. / Este formulario debe rellenarse y entregarse en BFIS antes del inicio del curso académico.

STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Last Name / Apellido:

First Name / Nombre:

To be completed by licensed medical personal/ A completar por personal médico colegiado

- Please indicate if there is any evidence for concern in the areas listed below: / Por favor indique si existen condiciones/patologías médicas que afecten a alguno de los siguientes:

I certify that all information given is correct and complete. / Certifico que la información facilitada en este formulario es veraz y completa.

PHYSICIAN'S SIGNATURE AND STAMP / FIRMA DEL MÉDICO Y SELLO

Date / Fecha

Signature and stamp / Firma y sello

PARENT -LEGAL GUARDIAN / PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Signature / Firma

Signature / Firma

Name / Nombre

Name / Nombre

	YES	NO
Does this child have a medical condition for which he/she is undergoing therapy/treatment that the school should be aware of? / ¿Tiene alguna condición médica por la que esté recibiendo tratamiento y que la escuela debiera conocer?		
Does this child have environmental allergies and/or food allergies/intolerances? / ¿Tiene alguna alergia (alimentaria, medioambiental, etc...) y/o intolerancia alimentaria?		
Does this child have a health condition/conditions which may require emergency action while at school? (e.g. seizures, allergies, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, etc.) / ¿Tiene alguna condición médica que pudiera requerir asistencia médica urgente durante el día lectivo? (como por ejemplo ataques epilépticos/convulsiones, alergias, asma, diabetes, problemas cardíacos, etc.)		
Is there any reason why this child cannot participate in Physical Education? / ¿Existe algún motivo por el que este alumno no puede participar en las clases de Educación Física?		

If you have answered yes to any of the above, please attach medical certificate. / En caso afirmativo a cualquiera de las anteriores, por favor adjunte informe médico.

- Please indicate any other medical condition and/or health related information about this child that you believe BFIS should be aware of: / Por favor indique si hay algun otro dato médico que usted considere oportuno dar a conocer a BFIS:

- If you wish to contact BFIS, please contact the Admissions Office at +34 93 434 23 80 / Si necesita contactar con BFIS, por favor llame al +34 93 434 23 80 y pregunte por la Oficina de Admisiones.

SCHOOL-REQUIRED IMMUNIZATIONS / VACUNAS OBLIGATORIAS EN BFIS

BFIS requires all students enrolled at BFIS to be vaccinated against the diseases detailed below. Meeting immunization requirements when first enrolling at BFIS does not excuse a student from meeting additional immunization requirements. Parents must follow-up with documentation as requested by the school Nurse. / Todos los alumnos matriculados en BFIS deben estar vacunados de las enfermedades listadas a continuación. Cumplir con el requerimiento de estar vacunado al matricularse por primera vez en BFIS no exime de cumplir con requerimientos de vacunas posteriores. Deberá proveer documentación adicional siempre que le sea requerida por la Enfermera.

Please indicate this child's vaccinations. Attach immunization record. / Por favor indique las vacunas recibidas. Adjunte la cartilla de vacunaciones.

IMMUNISATIONS & VACCINATIONS

Please give dates. Please ensure that all the provided information is legible.

Por favor, indique las fechas. Asegúrese de que toda la información proporcionada sea legible.

	1st	2nd	3rd	4th	5th
DTap (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)					
IPV (Poliomyelitis)					
Hib (Haemophilus influenzae type b)					
HepB (Hepatitis B)					
MCC (Meningococcal)					
HepA (Hepatitis A)					
MMR (measles, mumps, and					
VAR (Varicella)					
PCV					
MenACWY (Meningococcal)					
Optional: Rotarix 2, Rotateq 3					
MB (Meningococcal serogroup B)					
Optional: HPV (Human papillomavirus)					
Optional: SARS-CoV-2					
Other:					
Other:					
Other:					

DATA PROTECTION AND PRIVACY

The Benjamin Franklin International School - Fundación Privada Benjamin Franklin (hereinafter referred to as BFIS) is committed to safeguarding the privacy and security of personal information. BFIS processes and collects your personal data in compliance with the European General Data Protection Regulation -GDPR- (Regulation (EU) 2016/679) and applicable Spanish legislation. For additional information on data protection and privacy notices, please visit www.bfischool.org

Who is collecting your data? (Controller): In the language of GDPR, BFIS is the Data Controller. BFIS is incorporated as "Fundación Privada Benjamin Franklin" with address in Martorell i Peña 9, 08017 Barcelona. Our telephone number is (34) 93 434 23 80 and our email info@bfischool.org

Data Protection Officer (DPO) contact details: you may contact our Data Protection Officer at the address above or by email at dpo@bfischool.org

Why are we collecting your personal data? (Purpose): Your personal data (and that of your child) and all other information you provide on this form will be used to provide educational and counseling services tailored to your child's specific needs. For other purposes we will request your consent.

Lawful Basis: the lawful basis to process your personal data is (a) processing necessary to comply with the law (Ley Orgánica 2/2006 y Ley Orgánica 12/2009), processing necessary to fulfill a contract (i.e. the Educational Commitment Contract and the Enrollment Contract), and processing necessary for the Controller's legitimate interests.

Storage period: personal data contained on this form will be stored during your child's enrollment at BFIS and may be stored once enrollment terminates if required to prove specific program accommodations for your child.

Recipients: BFIS will not share or disclose your personal data with any third party unless you give BFIS your consent (please refer to the "Information on Data Protection" form) or required by law.

Transfers of personal data to third countries or international organizations: None for the data contained on this form.

What are your rights with respect to your personal data? (Exercise of rights): You have the right to request access to, rectification, erasure of personal data, restriction of processing, object to processing, as well as other rights contained in the GDPR and/or applicable legislation, in writing to the Controller and/or Data Protection Officer.

Complaints to Supervisory Authority: You also have the right to lodge a complaint at Agencia Española de Protección de Datos www.aepd.es c/ Jorge Juan, 6, 28001 – Madrid, telephone 901100099 – 912663517

Special Category of Personal Data: the data requested on this form is health data considered by GDPR special category data. Special category data requires your explicit consent. Please tick the box below if you give BFIS your explicit consent to process special category personal data for the purpose described.

☐ I grant BFIS my explicit consent to process health information from my child for the purpose mentioned above.

Signature

PROTECCIÓN DE DATOS Y PRIVACIDAD

The Benjamin Franklin International School – Fundación Privada Benjamin Franklin (en adelante referido como BFIS) está comprometido con la salvaguarda de la confidencialidad y seguridad de datos personales. BFIS trata datos personales según lo establecido en el RGPD y legislación española aplicable. Para más información sobre protección de datos y política de privacidad, por favor visite www.bfischool.org

¿Quién trata sus datos? (Responsable) BFIS es el Responsable según el RGPD. BFIS está constituido como Fundación Privada Benjamin Franklin, con domicilio en Martorell i Peña 9, 08017, Barcelona. Teléfono (34) 93 434 23 80 y correo electrónico info@bfischool.org.

Datos de contacto del Delegado de Protección de Datos (DPO): puede ponerse en contacto con el DPO en la dirección arriba indicada o por correo electrónico dpo@bfischool.org

¿Con qué finalidad tratamos sus datos? (Finalidad): tratamos los datos personales contenidos en este formulario para el ejercicio de la función docente y orientadora adaptadas a las necesidades de su hijo/a. Para tratarlos con otras finalidades, le solicitaremos su consentimiento.

¿Qué justifica el tratamiento de los datos? (Legitimación): tratamos los datos en cumplimiento de una obligación legal (Ley Orgánica 2/2006 y Ley 12/2009), en cumplimiento de una obligación contractual (Carta de Compromiso Educativo y Contrato de Matriculación) y en cumplimiento del interés legítimo del Responsable.

Plazo de Conservación: Se conservarán los datos mientras el estudiante permanezca en el centro y posteriormente como medio de prueba de adaptaciones específicas.

Destinatarios: no se prevén cesiones salvo las previstas en la ley o mediante su consentimiento (véase el formulario "Información Sobre Protección de Datos")

Transferencias Internacionales: no están previstas transferencias internacionales de datos contenidos en este formulario.

¿Qué derechos tiene en relación con sus datos personales? Puede ejercitar sus derechos de acceso (mediante escrito certificado), derecho de supresión, derecho a la limitación de tratamiento, así como otros derechos contenidos en el RGPD y legislación aplicable, mediante escrito dirigido al Responsable y/o al Delegado de Protección de Datos.

Reclamaciones: Puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos www.aepd.es c/ Jorge Juan, 6, 28001, Madrid 901100099 – 912663517

Categorías Especiales de Datos: los datos contenidos en este formulario son datos relativos a la salud, considerados por el RGPD una categoría especial de dato que requiere su consentimiento explícito para ser tratado. Por favor marque la casilla siguiente como prueba de su consentimiento explícito para tratar dichos datos.

☐ Doy mi consentimiento explícito a BFIS para tratar datos de salud de mi hijo/a para la finalidad descrita.

Firma