

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL FORMULARIO MÉDICO:

- El formulario "Medical Release" debe ser cumplimentado en inglés en la medida de lo posible.
- Las instrucciones abajo escritas son traducciones cuyo objetivo es ayudar al padre/madre a rellenar el documento original. Por tanto, no se debe escribir en este documento.

Participant name: nombre del estudiante.

Location: lugar donde se desarrolla el programa.

Arrival Date: indicar fecha en la que el estudiante llega a Estados Unidos.

Departure Date: indicar fecha en la que deja Estados Unidos.

HEALTH EXAMINATION RECORD for Student (Indicar nombre del estudiante).

Date of birth: fecha de nacimiento

Age: Edad

Gender: género/sexo

Insurance information: a rellenar por nosotros.

IMMUNIZATION HISTORY (Calendario de vacunaciones).

Year, basic immunization: Año en el que se hizo la vacunación básica.

Year, last booster: Año en el que se realizó la última dosis.

Diphtheria, Pertussis, Tetanus, DTP: difteria, tosferina y tétanos, DTP.

Tetanus: Tétanos.

Oral Polio: OPV (vacuna oral contra la polio).

Injectable Polio (Salk): IPV (vacuna inyectable contra la polio).

Measles (hard measles, red measles, rubella): Sarampión (en España se vacuna como Triple Vírica).

Mumps: Paperas (en España se vacuna como Triple Vírica).

Tetanus Diphtherias TD: Tétanos y Difteria TD (dosis de adultos)

Rubella (German measles, 3-day measles): Rubéola (en España se vacuna como Triple Vírica).

Tuberculin test: Test de tuberculina (Mantoux)

Haemophilus Influenza (HIB): vacuna anti-*Haemophilus influenzae* tipo b (también llamada vacuna Hib)

Hepatitis: Hepatitis A y B.

Other: otros.

HEALTH HISTORY: (marcar e indicar las fechas o datos aproximados en caso de que el estudiante haya sufrido o sufra alguna de estas enfermedades y/o alergias).

Varicela	Asma	Alergias:	Desmayos	
Sarampión	Infecciones de oído frecuentes	Fiebre del heno o rinitis alérgica	Enuresis	
Rubéola	Enfermedad o deficiencia cardíaca	Hiedra venenosa, etc.	Estreñimiento	
Paperas	Convulsiones	Picaduras de insecto	Trastorno del sueño	
Fiebre Reumática	Epilepsia	Penicilina	Conducta emocional	
Tuberculosis	Diabetes	Otros medicamentos	Artritis	

Problemas renales	Coagulopatía	Comida	Discapacidad o enfermedad recurrente
Hipertensión	Mononucleosis	Otro (por favor, indíquelo)	Síndrome premenstrual o menstruación anormal
Tratamiento psiquiátrico	Trastorno alimentario		Autismo u otro
Otro (por favor, indíquelo)			

Por favor describa las enfermedades y proporcione fechas:

Operaciones o heridas graves:

Hospitalizaciones:

Otras enfermedades/discapacidades:

El estudiante se encuentra bajo supervisión de un médico por la siguiente enfermedad(es):

¿Se continuará con algún tratamiento durante la estancia?: Sí No

Recomendaciones y prohibiciones durante el programa (por favor enumérelas y descríbalas):

POR FAVOR ENUMERE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE - INCLUYA LA DOSIS Y CUALQUIER POSIBLE INTERACCIÓN DAÑINA (por ej, comida, medicamentos, medioambiental)

Este historial médico es preciso y está completo. Mi hijo/a tiene mi permiso para participar en todas las actividades excepto en aquellas indicadas por mí y por el médico.

Yo, como tutor legal de [NOMBRE DEL ESTUDIANTE], por la presente autorizo a Compass USA y a sus representantes, en adelante Compass USA, a permitir cualquier prueba de rayos X, anestesia, diagnósticos médicos o quirúrgicos y tratamiento o cuidado hospitalario que sea considerada conveniente, que se vaya a administrar bajo la supervisión general de cualquier médico o cirujano sin importar que dicho diagnóstico o tratamiento sea llevado a cabo en la clínica de dicho médico o cirujano o en el hospital.

Se comprende que esta autorización se otorga por anticipado de todo diagnóstico, tratamiento o cuidado hospitalario específico que se requiera pero se concede con el fin de otorgar autoridad por su parte para brindar su consentimiento específico para todo diagnóstico, tratamiento o cuidado hospitalario que el médico o cirujano mencionado anteriormente, en el ejercicio de su criterio, considere conveniente.

Se comprende que esta autorización se otorga a Compass USA antes de la selección de una familia para mi hijo/a, y que accedo a que esta familia y/o a los representantes de Compass USA autorice la atención médica de mi hijo/a tal y como describe esta autorización. Certifico que la información que antecede es completa y correcta según mi leal saber y entender.

Nombre del padre/madre

Información sobre el contacto de emergencia:

Nombre:	Parentesco:
Nº teléfono:	Nº tlf móvil:

FIRMA:
(Padre/tutor legal)

FECHA:



Homestay Program Student Application

Participant Name			
Location			
Arrival Date		Departure Date	

HEALTH EXAMINATION RECORD for Student (Last name, First name, Initial)

Date of Birth _____ Age _____ Gender _____

Insurance Information, please complete the following:

Carrier _____ ID Number _____

Group Number _____ Phone _____

Address _____

IMMUNIZATION HISTORY					
Vaccines	Year, basic immunization	Year, last booster	Vaccines	Year, basic immunization	Year, last booster
Diphtheria Pertussis – DPT Tetanus			Tetanus Diphtherias: TD		
Tetanus			Rubella (German measles, 3-day measles)		
Oral Polio			Tuberculin test		
Injectable Polio (Salk)			Haemophilus Influenza (HIB)		
Measles (hard measles, red measles, rubella)			Hepatitis		
Mumps			Other		

Health History: (Please check and give approximate dates and/or details)

Chicken Pox	Asthma	Allergies:	Fainting
Measles	Frequent Ear Infections	Hay Fever	Bedwetting
German Measles	Heart Disease/Defect	Ivy Poisoning, etc.	Constipation
Mumps	Convulsions	Insect stings	Sleeping Disorder
Rheumatic Fever	Epilepsy	Penicillin	Emotional Behavior
Tuberculosis	Diabetes	Other Drugs	Arthritis
Kidney	Bleeding/Clotting Disorders	Food	Disability or recurring illness
Hypertension	Mononucleosis	Other (please list)	Abnormal Menstruation or PMS
Psychiatric treatment	Eating Disorder		Autism or other disability
Other (please explain)			

Please describe conditions and give dates:

Operations or serious injuries: _____

Hospitalizations: _____

Other diseases/disabilities: _____

The child is under the care of a physician for the following condition(s):

Any treatment to be continued during the homestay program: Yes _____ No _____

Recommendations and Restrictions during Program – please list and explain

PLEASE LIST CURRENT MEDICATIONS BEING TAKEN— INCLUDE DOSAGE AND ANY POTENTIAL HARMFUL INTERACTIONS (e.g. food, medications, environmental)

This **health** history is complete and accurate. My child has permission to engage in all activities, except as noted by me and the examining physician.

I, as the guardian of _____, do hereby authorize Compass USA and its representatives, to be identified later by Compass USA, to consent to any x-ray examination, anesthetic medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general supervision of any licensed physician or surgeon, whether such diagnosis or treatment is rendered at the clinic of said physician or surgeon or at a hospital. It is understood that authorization is not given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on their part to give specific consent to and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician or surgeon in the exercise of his or her best judgment may deem advisable. It is understood that this authorization is being given to Compass USA prior to the selection of a homestay family for my child, and that I consent to this homestay family and/or Compass USA representatives providing authorization for medical care for my child as described by this authorization. I certify that the above information is correct to my knowledge.

Print Parent Name _____

Emergency Contact Information:

Name:	Relationship:
Phone Number:	Cell Number:

Name:	Relationship:
Phone Number:	Cell Number:

SIGNATURE: _____ DATE: _____
(Parent/guardian)

SIGNATURE: _____ DATE: _____
(Parent/guardian)