

HEALTH RECORD / HISTORIAL CLINICO

Please be advised that the school nurse is prohibited from administering any oral medications unless it is requested in writing by the parents or prescribed by a doctor. / Por favor tengan presente que la enfermera del colegio, tiene prohibido administrar cualquier tipo de medicamentos orales, a menos que haya una autorización por escrito de los padres o una prescripción médica.

SCHOOL YEAR :

GRADE / GRADO:

STUDENT'S NAME: / Nombre del Estudiante:

Date of Birth / Fecha de Nacimiento

Home-Phone / Teléfono Casa:

Address / Dirección Casa:

Student lives with:

Both Parents**Father****Mother****Other (Specify)**

El estudiante vive con:

Ambos Padres

Padre

Madre

OTRO (Especifique)

Mother's Name:

Nombre de la Madre

Cellular:

Celular

Work-Phone:

Tel. Trabajo

Father's Name:

Nombre del Padre

Cellular:

Celular

Work Phone:

Tel. Trabajo

Brothers/Sisters and Grades / Hermanos y Grados:

In case of an emergency, please provide two additional persons to contact: / En caso de emergencia, por favor brindar información de dos personas adicionales a los padres o tutores.

Name:

Nombre

Mobile:

Celular

Relationship:

Parentesco

Name:

Nombre

Mobile:

Celular

Relationship:

Parentesco

DOCTOR TO CALL IN CASE OF EMERGENCY / Médico a quien llamar en caso de emergencia:

Name / Nombre:

Cellular/ Celular:

Home-Phone / Tel. Casa:

Work-Phone / Tel. Trabajo:

Hospital that the student should be taken to in case of emergency/Hospital donde llevar al estudiante en caso de emergencia:

Immunizations (check all that apply) / Record de Vacunas (Marque las que se aplican):

T.B. Tine (B.C.G.)

Diphtheria (Difteria)

Tetanus (Tétano)

Polio (Polio)

Measles (Sarampión)

Rubella (Rubeola)

Is the student being treated for a long term illness? If yes, please describe it and the medication being taken. ¿El estudiante está siendo tratado por alguna enfermedad crónica? En caso afirmativo, describa el tratamiento y medicamento prescrito.

YES NO

Does the student have asthma? ¿Padece el estudiante de asma? YES NO

Please describe any known allergies? Por favor describa cualquier tipo de alergia que padezca el estudiante:

Are there any medical reasons why your child cannot participate in all sports of his or her age group? If any limits, please specify. ¿Hay alguna razón por la cual el estudiante no puede realizar actividades deportivas? En caso afirmativo por favor especifique. YES NO

Note: Present a copy of the immunization record attached to this form. / Presente copia del certificado de vacunas con este Historial Clínico.

I certify that all of the information stated above is complete and accurate to the best of my knowledge. / Certifico que toda la información que he proporcionado está completa y exacta a mí entender.

Father or Mother's Name or Tutor
Nombre del Padre/Madre o Tutor

Signature / Firma

Date / Fecha: