



AMERICAN NICARAGUAN SCHOOL

HEALTH RECORD HISTORIAL CLINICO 2006-2007

Please print in ink or type. / Completar en letra de imprenta. 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 solicitud por escrito de los padres o una prescripción médica.

APPLICANT INFORMATION

INFORMACION DEL SOLICITANTE

NEXT GRADE / PROXIMO GRADO: _____

Student's Name: <i>Nombre del Estudiante</i>	_____	
	First Name / Nombre	Last Names / Apellidos
Date of Birth: <i>Fecha de Nacimiento</i>	_____	Home-Phone: <i>Teléfono de la Casa</i> _____

Student lives with: Both Parents _____ Father _____ Mother _____ Other (Specify) _____ <i>El estudiante vive con: Ambos Padres Padre Madre OTRO (Especifique)</i>
Mother / Madre <input type="checkbox"/> or Female Guardian (Tutora) <input type="checkbox"/>
Name / Nombre: _____
Cellular: _____ Work-Phone / Teléfono del Trabajo _____
Father / Padre <input type="checkbox"/> or Male Guardian (Tutor) <input type="checkbox"/>
Name / Nombre: _____
Cellular: _____ Work-Phone / Teléfono del Trabajo _____
Brothers/Sisters and Grades / Hermanos y Grados: _____

<u>Emergency Contact (Local) other than Parents/Guardian / Contacto de emergencia(Local) que no sean los Padres o Tutores</u>		
Name / Nombre: _____	Relationship/Relación _____	
Home-Phone _____ <i>Tel. Casa:</i>	Work-Phone _____ <i>Tel. Trabajo</i>	Cellular: _____

<u>DOCTOR TO CALL IN CASE OF EMERGENCY / Médico a quien llamar en caso de emergencia</u>		
Name / Nombre: _____	Cellular _____	
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.)	___	Tetanus (Tétano)	___
Measles (Sarampión)	___	Whooping Cough (Pertusis)	___
Mumps (Topa)	___	Polio (Polio)	___
Rubella (Rubeola)	___	TT Toxoide Tetánico	___
Diphtheria (Difteria)	___		

Is the student being treated for a long term illness? If yes, please describe it and the medication being taken

YES NO

¿El estudiante está siendo tratado por alguna enfermedad crónica? En caso afirmativo, describa el tratamiento y medicamento prescrito.

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.

YES ___ NO ___

¿Hay alguna razón por la cual el estudiante no puede realizar actividades deportivas? En caso afirmativo por favor especifique.

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.

Parent Signature
Firma del Padre/Madre o Tutores

Date
Fecha