



# AMERICAN NICARAGUAN SCHOOL

## HEALTH RECORD UPDATE ACTUALIZACION HISTORIAL CLINICO 2006-2007

Please print in ink or type. / *Completar en letra de imprenta.* Please help us update our records. It is important that we be able to communicate with you quickly and efficiently. / *Por favor ayúdenos en la actualización de nuestros archivos. Es importante que podamos comunicarnos con usted rápida y eficazmente.*

NEXT GRADE (*PROXIMO GRADO*): \_\_\_\_\_

<b>Student's Name:</b> <i>Nombre del Estudiante</i>	_____	_____
	First Name / <i>Nombre</i>	Last Names / <i>Apellidos</i>
<b>Home-Phone:</b> <i>Teléfono Casa:</i>	_____	

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

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

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.*

Please update any other information we should know about your son/daughter  
*Por favor, actualice cualquier otra información que el colegio deba saber sobre su hijo/a:*

\_\_\_\_\_  
**Parent Signature** **Date**  
*Firma del Padre/Madre o Tutores* *Fecha*