



# AMERICAN NICARAGUAN SCHOOL

## HEALTH RECORD HISTORIAL CLINICO

*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: \_\_\_\_\_

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

Student lives with: Both Parents \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_ Mother \_\_\_\_\_ Other (Specify) \_\_\_\_\_  
*El estudiante vive con: Ambos Padres Padre Madre OTRO (Especifique)*

**Mother / Madre**  *or* **Female Guardian (Tutora)**

**Name / Nombre:** \_\_\_\_\_

**Cellular:** \_\_\_\_\_ **Work-Phone / Teléfono del Trabajo** \_\_\_\_\_

**Father / Padre**  *or* **Male Guardian (Tutor)**

**Name / Nombre:** \_\_\_\_\_

**Cellular:** \_\_\_\_\_ **Work-Phone / Teléfono del Trabajo** \_\_\_\_\_

**Brothers/Sisters and Grades / Hermanos y Grados:** \_\_\_\_\_

**Emergency Contact (Local) other than Parents/Guardian / Contacto de emergencia(Local) que no sean los Padres o Tutores**

**Name / Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relationship/Relación** \_\_\_\_\_

**Home-Phone** \_\_\_\_\_ **Work-Phone** \_\_\_\_\_ **Cellular:** \_\_\_\_\_  
*Tel. Casa: Tel. Trabajo*

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

**Name / Nombre:** \_\_\_\_\_ **Cellular** \_\_\_\_\_

**Home-Phone / Tel. Casa:** \_\_\_\_\_ **Work-Phone / Tel. Trabajo** \_\_\_\_\_

**tal that the student should be taken to in case of emergency**

*tal 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**

*¿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.*

**Parent Signature**

*Firma del Padre/Madre o Tutores*

**Date**

*Fecha*