



HEALTH RECORD/ *Historial de Salud*

STUDENT INFORMATION

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

GRADE / GRADO: _____

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

Student lives with: <i>El estudiante vive con:</i>	Both Parents _____ <i>Ambos Padres</i>	Father _____ <i>Padre</i>	Mother _____ <i>Madre</i>	Other (Specify) _____ <i>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:	_____			

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

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:	_____

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 if 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.

Please be advised that the school doctor is prohibited from administering any oral medications unless it is authorized by the parents in writing. In case of an emergency the doctor will act accordingly to ensure the students health. Por favor tengan presente que la doctora del colegio, tiene prohibido administrar cualquier tipo de medicamentos orales, a menos que haya autorización de los padres por escrito. En caso de emergencia, la doctora actuará de acuerdo a la situación con el propósito de asegurar la salud del estudiante.

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