

Today's Date

 Day Month Year

MEDICAL INFORMATION

To be completed by parent or guardian / *Debe ser llenado por los padres o apoderados.*

Last Name
Apellido

Birth Date
Fecha de Nacimiento

Sex M
 F
Sexo

First Name
Nombre

Grade
Curso

Home Phone # (Número telefónico) _____

Father's Work _____ Telephone # _____
(Lugar de Trabajo del padre)

Mother's Work _____ Telephone # _____
(Lugar de Trabajo de la Madre)

Person to call in case of emergency _____ Telephone # _____
(En caso de emergencia llamar a)

Doctor's Name _____ Telephone # _____
(Nombre de su doctor)

Medical History / Historia Médica

	Date / Fecha		Date / Fecha		Date / Fecha		Date / Fecha
Anemia		Heart Disease / <i>Enfermedad del corazón</i>		Rheumatic Fever / <i>Fiebre Reumática</i>		Asthma or allergies / <i>Asma o alergias</i>	
ChickenPox / <i>Varicela</i>		Measles / <i>Sarampion</i>		Tuberculosis		Frequent colds & sore throat / <i>Frecuentes resfrios y garganta</i>	
Diabetes / <i>Diabetes</i>		Mumps / <i>Paperas</i>		Contact w/TBC / <i>Contacto con TBC</i>		Premature Birth / <i>Prematura</i>	
Epilepsy / <i>Epilepsia</i>		Nephritis / <i>Nefritis</i>		Ear condition / <i>Enfermedad del oído</i>		Congenital defects / <i>Defectos congénitos</i>	
German Measles / <i>Rubeola</i>		Pneumonia / <i>Pulmonía</i>		Bee Sting / <i>Picadura de aveja</i>			

1. Does your child have any allergies; if so, what are they? *¿Padece su hijo(a) de alguna alergia? Si es así, ¿Cual es?*

2. Is your child on long term allergy medication; if so, what kind? *¿Debe su hijo(a) tomar algún medicamento por largo tiempo? Si es así, dé las indicaciones.*

3. Does your child have any specific illness or behavior problem, which in your opinion, affects his/her school performance or that the school should be aware of? / *¿Padece su hijo (a) alguna dolencia específica, o tiene problemas de conducta, los cuales ensu opinion, puedan afectar su trabajo escolar, que el colegio deba conocer?*

4. Do you have any concerns about your child's health? Eating, sleeping habits, posture, teeth, menstruation, weight, hearing, speech, eye problems, headaches? / *¿Tiene alguna preocupación acerca de la salud general de su hijo(a)? (Hábitos de comida, sueño, postura, dentadura, menstruación, peso, habla, oído, vista, dolores de cabeza)*

5. Has your child had a serious operation or injury we should know about? / *¿Ha tenido su hijo(a) alguna operación seria, o sufrido alguna herida de la que debemos saber?*

If your child needs to take medication at school, please notify the office. The medication will be safely stored and administered properly. All medication must be in an original container with complete instruction for dosage. / *Si su hijo(a) debe tomar un medicamento en el colegio, le agradeceremos notificar a la oficina, donde el medicamento será guardado, y la dosis a ingerirse será supervisada.*

In case of emergency, CCS will provide initial emergency care as required and call parents immediately. If CCS cannot locate parents and the situation demands further immediate medical attention, CCS will call the designated family doctor and provide for emergency transportation. *En caso de emergencia, CCS proporcionará la atención inicial de emergencia de acuerdo a la necesidad e inmediatamente contactará a los padres. Si CCS no puede localizarlos y la situación requiere de más atención médica, llamaremos a su doctor y proveeremos transporte de emergencia.*

Parent or guardian's signature / *Firma del padre o apoderado*