



# SANTIAGO CHRISTIAN SCHOOL

Autopista Duarte Km. 5 1/2  
Sabaneta Las Palomas, Santiago, Dominican Republic

Telephone: (809) 570-6140  
Fax: (809) 570-6145  
Website: www.scs.edu.do  
Email: director@scs.edu.do

## HEALTH RECORD RECORD DE SALUD 2010-11

STUDENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
Student's Full Name/Nombre del Estudiante:		Grade/Grado:
		Age/Edad:
Blood Type/ Tipo de Sangre:	Gender/Género: <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	Birthdate/Cumpleaños: _____/_____/_____ Month/Mes Day/Día Year/Año

EMERGENCY CONTACTS CONTACTOS DE EMERGENCIA		
Name/Nombre	Telephones/Teléfonos	Relationship/Parentesco
	Home/Residencia: Cell/Celular:	<input type="checkbox"/> Relative/Familiar <input type="checkbox"/> Friend/Amigo(a)
	Home/Residencia: Cell/Celular:	<input type="checkbox"/> Relative/Familiar <input type="checkbox"/> Friend/Amigo(a)

MEDICAL INFORMATION INFORMACION MEDICA		
Student's Pediatrician/Pediatra del Estudiante:	Preferred Clinic/Clinica de Preferencia:	
List any allergies/Enumere cualquier alergia	Reaction/Reacción	Treatment/Tratamiento
Date of BCG or last tuberculin test/ Fecha de vacuna de BCG o de la ultima prueba de tuberculosis  BCG _____ Tuberculin/Tuberculosis _____	Results/Resultado <input type="checkbox"/> Positive/Positivo <input type="checkbox"/> Negative/Negativo	
Has the student ever had surgery? ¿Ha sido el/la estudiante sometido a cirugía? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No	If yes, explain/ Si es afirmativo, explique What/Cuál: _____ When/Cuándo: _____	
List any prescription the student is presently taking and explain why Indique cualquier medicamento que el estudiante este tomando actualmente y explique el porque.	Does this prescription need to be taken during school hours?/ ¿Necesita el estudiante tomar este medicamento durante el horario de clases? <input type="checkbox"/> Yes/Si What time?/A que horas? _____ <input type="checkbox"/> No/No	

**MEDICAL HISTORY**  
**ANTECEDENTES MEDICAS**

Please indicate if the student has had any of the following conditions and if there is a member who is suffering or has suffered from those conditions/*Favor de indicar si el/la estudiante ha padecido de las siguientes condiciones y explique si algún miembro de la familia está padeciendo o ha padecido de ellas*

Illness/ <i>Enfermedad</i>	Student/ <i>Estudiante</i>		Explanation/ <i>Explicación</i>	Family/ <i>Familia</i>		Illness/ <i>Enfermedad</i>	Student/ <i>Estudiante</i>		Explanation/ <i>Explicación</i>	Family/ <i>Familia</i>	
	Yes/Si	No/No		Yes/Si	No/No		Yes/Si	No/No		Yes/Si	No/No
Asthma/ <i>Asma</i>						Emotional Needs/ <i>Nece- sidades emocionales</i>					
Chicken Pox/ <i>Varicela</i>						Severe headaches/ <i>Dolores de cabeza</i>					
Mumps/ <i>Paperas</i>						Ear/Nose/Throat/ <i>Oido, Nariz, Garganta</i>					
Diabetes/ <i>Diabetes</i>						Respiratory Illness/ <i>Enfer- medades respiratorias</i>					
Dizziness/ <i>Mareos</i>						Intestinal illness/ <i>Enfermedades intestinales</i>					
Epilepsy/ <i>Epilepsia</i>						Skin Condition/ <i>Problemas de la piel</i>					
HIV/AIDS/ <i>SIDA</i>						Others/ <i>Otros</i>					
Fractures/ <i>Fracturas</i>											

**MEDICATION AUTHORIZATION**  
**AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

Please check if you authorize the school nurse to administer any type of non-prescription medicine  
Por favor marcar si autoriza la enfermera escolar a administrar a su hijo(a) cualquier medicamento que no requiera receta médica

If not, please mark the medications the school nurse is permitted to administer to your child  
Si no, marcar los medicamentos que se le permite a la enfermera escolar administrar a su hijo(a)

<input type="checkbox"/> Tylenol/ <i>Winasorb</i>	<input type="checkbox"/> Throat lozenges/ <i>Para la garganta</i>	<input type="checkbox"/> Antibiotic cream/ <i>Crema antibiótica</i>
<input type="checkbox"/> Antihistamine/ <i>Antihistamínico</i>	<input type="checkbox"/> Benadryl cream/ <i>Crema de Benadryl</i>	<input type="checkbox"/> Ibuprofen/ <i>Ibuprofeno</i>
<input type="checkbox"/> Cough medicine/ <i>Medicina contra la tos</i>	<input type="checkbox"/> Antacid/ <i>Antiácido</i>	<input type="checkbox"/> Cortizone topical cream/ <i>Crema cortisona</i>
<input type="checkbox"/> Benadryl	<input type="checkbox"/> Decongestant/ <i>Descongestionante</i>	<input type="checkbox"/> Other, please specify/ <i>Otro, favor especi- ficar:</i>

**By signing this form, we the parents certify that:**

- The information on this form is accurate and up-to-date
- A copy of our child's immunization record is attached to the form
- We authorize the school nurse to administer medication to our child based on the information above

*Al firmar este documento, nosotros los padres certificamos que:*

- *La información de este formulario es correcto y al día*
- *Se ha anexado una copia del record de vacunas de mi hijota)*
- *Autorizamos a la enfermera escolar a administrar medicamentos basada en la información anterior*

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

**Signatures/Firmas:** \_\_\_\_\_