



**SANTIAGO CHRISTIAN SCHOOL
HEALTH RECORD
RECORD DE SALUD
PART II/PARTE II
2015-16**

Autopista Duarte Km. 5 1/2
Sabana Las Palomas
Santiago, Dominican Republic
Telephone: 809-570-6140
ext. 266 or 242
Fax: 809-570-6145
Website: www.scs.edu.do
Email: admissions@scs.edu.do

**THIS FORM MUST BE COMPLETED, SIGNED, AND STAMPED BY THE HEALTH CARE PROVIDER
EL MÉDICO DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y SELLAR ESTE FORMULARIO**

**STUDENT INFORMATION
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Student's Full Name/Nombre Completo del Estudiante:	Birthday/Cumpleaños: _____ Month/Mes Day/Día Year/Año
Date of Exam/Fecha del Examen _____ Month/Mes Day/Día Year/Año	_____ I have reviewed the health history information provided in the Health Record Part 1 <i>He revisado la información provista en el Record de Salud Parte 1</i>

**PHYSICAL EXAM
EXAMEN FÍSICO**

Height/Estatura: _____ inch/pulgadas	Pulse/Pulso: _____ per minute/por minuto
Weight/Peso: _____ pounds/libras	Blood Pressure/Presion Arterial: _____/_____ mm hg.

SISTEM/SISTEMA	NORMAL	DESCRIBE ABNORMAL/DESCRIBA LO ANORMAL
Neurologic/Neurológico		
HEENT/ORL Y Ojos		
Lymphatic/Linfático		
Heart/Corazón		
Lungs/Pulmones		
Abdomen		
Genitalia-hernia/Genital-hernia		
Skin/Piel		
ORTHO/OSEO	NORMAL	DESCRIBE ABNORMAL/DESCRIBA LO ANORMAL
Neck/Cuello		
Shoulders/Hombros		
Arms-Hands/Brazos-Manos		
Hips/Caderas		
Knees/Rodillas		
Feet-Ankles/Pies-Tobillos		
Postural/Postura		_____ No spinal abnormality/No hay anormalidad espinal _____ Spine abnormality/Anormalidad espinal _____ Mild/Leve _____ Moderate/Moderada _____ Marked/Severa _____ Referral Made/Referida

CHRONIC DISEASE ASSESSMENT/EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES CRONICAS

DISEASE /ENFERMEDAD	NO	YES/SI
Asthma/Asma		<input type="checkbox"/> INTERMITENT/INTERMITENTE <input type="checkbox"/> MILD PERSISTENT/LEVE PERSISTENTE <input type="checkbox"/> MODERATE PERSISTENT/MODERADA PERSISTENTE <input type="checkbox"/> SEVERE PERSISTENT/SEVERA PERSISTENTE <input type="checkbox"/> EXERCISE INDUCED/ INDUCIDA POR EJERCICIO
Anaphylaxis Allergies/ Anafilaxis alergias		<input type="checkbox"/> FOOD/ COMIDA _____ <input type="checkbox"/> MEDICINE/MEDICINA _____ <input type="checkbox"/> INSECTS/ INSECTOS _____ <input type="checkbox"/> LATEX <input type="checkbox"/> UNKNOWN SOURCE/ FUENTE DESCONOCIDA
Diabetes/Diabetes		Type/Tipo
Seizures/Convulsiones		Type/Tipo

IMMUNIZATION RECORD/RECORD DE VACUNAS

Up To Date/Actualizada: Yes/Si No Catch Up Schedule/Esquema de Actualización:

**MEDICAL RECOMMENDATIONS
RECOMENDACIONES MÉDICAS**

- Based on this complete health history and physical examination, this student has maintained his-her level of wellness
Basado en esta historia médica y examen físico, este estudiante ha mantenido su nivel de bienestar.
 Yes/Si No
If No, please explain the needed restrictions-adaptations
Si No, por favor explique los restricciones-adaptaciones necesarias:
- This student may participate fully in the school program including Physical Education
Este estudiante puede participar plenamente en el programa escolar incluyendo Educación Física.
 Yes/Si No
If No, please explain the needed restrictions-adaptations:
Si No, por favor explique los restricciones-adaptaciones necesarias:
- Participate fully in the athletic activities and competitive sports:
Participar plenamente en las actividades atléticas y deportes competitivos
 Yes/Si No
If No, please explain the needed restrictions-adaptations:
Si No, por favor explique los restricciones-adaptaciones necesarias:
- This student has a developmental, emotional, behavioral or psychiatric condition that may affect his or her educational experience.
Este estudiante tiene una condición emocional, de desarrollo, de comportamiento o psiquiátrica que podría afectar su experiencia educacional.
 Yes/Si No
Explain/Explique:
Daily medications/Medicamentos diarios: (specify/especifique)
- I would like to discuss information in this report with school health office personnel.
Me gustaría discutir alguna información de este reporte con personal de la oficina de salud escolar .
 Yes/Si No

Signature of Health Care Provider
Firma del Médico

Date
Fecha

Stamped Provider Name
Sello Médico

**VACINATION RECORD
RECORD DE VACUNAS**

Student's Full Name/*Nombre Completo del Estudiante:*

Birth Date/*Fecha de Nacimiento*

To health care provider: Please complete chart below if there is no legible copy of immunization record
Para el médico: *por favor completar el cuadro si no hay una copia legible de la tarjeta de vacunación*

Vaccine/ <i>Vacuna</i>	1			2			3			4			5			6		
	M	D	Y	M	D	Y	M	D	Y	M	D	Y	M	D	Y	M	D	Y
	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>
DTP, DTaP, DT <i>DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS</i>																		
Tdap																		
POLIO <i>POLIOMIELITIS</i>																		
MEASLES <i>SARAMPION</i>																		
MUMPS <i>PAPERAS</i>																		
RUBELLA <i>RUBEOLA</i>																		
MMR <i>TRIPLE VIRAL</i>																		
Hib <i>HAEMOPHILUS INFLUENZA B</i>																		
HB <i>Hepatitis B</i>																		
PENTA (DTP/Hib/ HB)																		
VARICELLA <i>VARICELA</i>																		
BCG				TB SKIN TEST/ <i>TUBERCULINA</i>			Result:			TB SKIN TEST/ <i>TUBERCULINA</i>			Result:					
HEPATITIS A																		
PNEUMOCOCCAL <i>NEUMOCOCO</i>																		
MENINGOCOCCAL <i>MENINGOCOCO</i>																		
FLU <i>INFLUENZA</i>																		
OTHER <i>OTRAS</i>																		

Signature of Health Care Provider
Firma del Médico

Date
Fecha

Stamped Provider Name
Sello Médico