



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

Autopista Duarte Km. 5 1/2 Sabaneta  
 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 AND SIGNED BY THE PARENTS**  
**(THE HEALTH CARE PROVIDER MUST REVIEW DURING THE PHYSICAL EXAM)**  
**LOS PADRES DEBEN COMPLETAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO**  
**(EL MÉDICO DEBE REVISARLO DURANTE EL EXAMEN FÍSICO)**

**STUDENT INFORMATION**  
**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

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

**EMERGENCY CONTACTS (other than parents)**  
**CONTACTOS DE EMERGENCIA (además de padres)**

<b>Name/<i>Nombre</i></b>	<b>Telephones/<i>Teléfonos</i></b>	<b>Relationship/<i>Parentesco</i></b>
	Home/ <i>Residencia:</i> Cell/ <i>Celular:</i>	<input type="checkbox"/> Relative/ <i>Familiar</i> _____ <input type="checkbox"/> Friend/ <i>Amigo(a)</i>
	Home/ <i>Residencia:</i> Cell/ <i>Celular:</i>	<input type="checkbox"/> Relative/ <i>Familiar</i> _____ <input type="checkbox"/> Friend/ <i>Amigo(a)</i>
	Home/ <i>Residencia:</i> Cell/ <i>Celular:</i>	<input type="checkbox"/> Relative/ <i>Familiar</i> _____ <input type="checkbox"/> Friend/ <i>Amigo(a)</i>

**MEDICAL INFORMATION**  
**INFORMACIÓN MÉDICA**

Student's Pediatrician/ <i>Pediatra del Estudiante:</i>	Preferred Clinic/ <i>Clínica de Preferencia:</i>	
List any allergies/ <i>Enumere cualquier alergia</i>	Reaction/ <i>Reacción</i>	Treatment/ <i>Tratamiento</i>
Has the student ever had surgery? <i>¿Ha sido el/la estudiante sometido a cirugía?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	If yes, explain/ <i>Si es afirmativo, explique</i> What/ <i>Cuál:</i> _____ When/ <i>Cuándo:</i> _____	
List any prescription the student is presently taking and explain why <i>Indique cualquier medicamento que el estudiante este tomando actualmente y explique el porque.</i>	Does this prescription need to be taken during school hours?/ <i>¿Necesita el estudiante tomar este medicamento durante el horario de clases?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</i> What time?/ <i>A que horas?</i> ____ <input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	

**MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICAS**

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

**MEDICATION AUTHORIZATION  
AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

☐ Yes, I authorize the health office personnel to administer any of the following medications to my child without a doctor's order  
*Si, Yo autorizo la oficina de salud a administrar a mi hijo/a cualquiera de los siguientes medicamentos sin receta medica*

If not, please mark the medications the school health office personnel are permitted to administer to your child  
*Si no, por favor marcar los medicamentos que se le permite a la oficina de salud escolar administrar a su hijo/a*

☐ Tylenol/ <i>Winosorb</i>	☐ Throat lozenges/ <i>Mentas para la garganta</i>	☐ Antibiotic cream/ <i>Crema antibiótica</i>
☐ Ibuprofen/ <i>Ibuprofeno</i>	☐ Cough medicine/ <i>Medicina contra la tos</i>	☐ Benadryl cream/ <i>Crema de Benadryl</i>
☐ Antacid/ <i>Antiácido</i>	☐ Antihistamine/ <i>Antihistamínico</i>	☐ Cortizone topical cream/ <i>Crema cortisona</i>
☐ Benadryl/ <i>Benadryl</i>	☐ Cold Medication/ <i>Antigripal</i>	☐ Other, please specify/ <i>Otro, favor especificar:</i> _____

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

- The information on this form is accurate and up-to-date
- An up to date copy of our child's immunization record is attached to the form
- We authorize the school health office personnel 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 actualizada del record de vacunas de mi hijo/a
- Autorizamos al personal de la oficina de salud escolar a administrar medicamentos basada en la información anterior

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Signatures/Firmas:

\_\_\_\_\_  
Father/Guardian  
Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Mother/Guardian  
Madre/Tutora