



**SANTIAGO CHRISTIAN SCHOOL
MEDICAL HEALTH RECORD
RECORD MÉDICO DE SALUD
2025-26**

Autopista Duarte Km. 5 1/2
Sabaneta Las Palomas
Santiago, Dominican Republic
Telephone: 809-570-6140 ext. 242
Website: www.scs.edu.do
Email: health@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:	Birthdate/Cumpleaños: Month/Mes Day/Día Year/Año	Grade/Grado:	Blood Type/Tipo sangre
--	--	---------------------	-------------------------------

PHYSICAL EXAM / EXAMEN FÍSICO

Height/Estatura: _____ inch/pulgadas	Pulse/Pulso: _____ beats per minute/latidos por minuto
Weight/Peso: _____ pounds/libras	Blood Pressure/Presión Arterial: _____/_____ mmHg

SYSTEM/SISTEMA	NORMAL	ABNORMAL/ ANORMAL	SYSTEM/SISTEMA	NORMAL	ABNORMAL/ ANORMAL
Neurologic/Neurológico			Neck/Cuello		
HEENT/ORL Y Ojos			Shoulders/Hombros		
Lymphatic/Linfático			Arms-Hands/Brazos-Manos		
Heart/Corazón			Hips/Caderas		
Lungs/Pulmones			Knees/Rodillas		
Abdomen			Feet-Ankles/Pies-Tobillos		
Genitalia/Genital			Postural/Postura		
Skin/Piel			Hernia/hernia		

IMMUNIZATION RECORD/RÉCORD DE VACUNAS

Up To Date/Actualizada**:** _____ Yes/Si _____ No ****Please attach an up to date copy of immunizations record/
Favor anexar una copia actualizada del récord de inmunizaciones**

CHRONIC DISEASE ASSESSMENT/EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES CRONICAS

DISEASE/ENFERMEDAD	NO	YES/SI
Asthma/Asma		<input type="checkbox"/> INTERMITTENT/INTERMITENTE <input type="checkbox"/> MILD /MODERATE PERSISTENT/LEVE MODERADA PERSISTENTE <input type="checkbox"/> SEVERE PERSISTENT/SEVERA PERSISTENTE <input type="checkbox"/> EXERCISE INDUCED/ INDUCIDA POR EJERCICIO
Anaphylaxis Allergies/ Anafilaxis alergias NEEDS EPIPEN/Necesita EpiPen: Yes/Si _____ No ___		<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
Other condition/Otra condición (TDAH, autism)		Type/Tipo

MEDICAL RECOMMENDATIONS / RECOMENDACIONES MÉDICAS

This student may participate fully in the school program including Physical Education (PE) / Este estudiante puede participar plenamente en el programa escolar incluyendo Educación Física.
 _____ Yes/Si _____ No

Can participate fully in the athletic activities and competitive sports: / Puede participar plenamente en las actividades atléticas y deportes competitivos
 _____ Yes/Si _____ No

Signature of Health Care Provider
Firma del Médico

Date
Fecha

Stamped Physician's Name
Sello Médico