



SANTIAGO CHRISTIAN SCHOOL
MEDICAL HEALTH RECORD
RECORD MÉDICO DE SALUD
2026-27

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:	Birthday/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		
Bone/Huesos			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 NEEDS INHALER/Necesita inhalador: Yes/Si _____ No _____		☐ INTERMITTENT/INTERMITENTE ☐ MILD/MODERATE PERSISTENT/LEVE/MODERADA PERSISTENTE ☐ SEVERE PERSISTENT/SEVERA PERSISTENTE ☐ EXERCISE INDUCED/ INDUCIDA POR EJERCICIO
Anaphylaxis Allergies/ <i>Alergias Anafilácticas</i> NEEDS EPIPEN/Necesita EpiPen: Yes/Si _____ No _____		☐ FOOD/ ALIMENTO _____ ☐ MEDICINE/MEDICAMENTO _____ ☐ INSECTS/ INSECTOS _____ ☐ LATEX ☐ UNKNOWN SOURCE/ FUENTE DESCONOCIDA
Diabetes/Diabetes		Type/Tipo
Seizures or Epilepsy/Convulsiones o Epilepsia		Type/Tipo
ADHD, ADD, Autism/TDAH, TDA, autismo)		Type/Tipo
Sickle cell or Blood Condition/Falcemia o enferm. en la sangre		Type/Tipo
Other condition /Otra Condición		Specify/Especifique

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