



**SANTIAGO CHRISTIAN SCHOOL
HEALTH RECORD
RECORD DE SALUD
PART A/PARTE A
2020-21**

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: health@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/Nombre Completo del Estudiante:		Grade/Grado:	Age/Edad:
Blood Type/Tipo de Sangre:	Gender/Género: <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	BirthDay/Cumpleaños: _____ Month/Mes Day/Día Year/Año	

**EMERGENCY CONTACTS (other than parents)
CONTACTOS DE EMERGENCIA (diferente al de los padres)**

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)
	Home/Residencia: Cell/Celular:	<input type="checkbox"/> Relative/Familiar _____ <input type="checkbox"/> Friend/Amigo(a)

**MEDICAL INFORMATION
INFORMACIÓN MÉDICA**

Student's Pediatrician/Pediatra del Estudiante:	Preferred Clinic/Clinica de Preferencia:	
List any allergies/Enumere cualquier alergia	Reaction/Reacción	Treatment/Tratamiento
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 MÉDICAS**

Please indicate if the student has had any of the following conditions and if there is a family 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					
Diabetes/ Diabetes						Ear/Nose/Throat/ Oído, Nariz, Garganta					
Dizziness/ Mareos						Respiratory Illness/ Enfermedades respiratorias					
Epilepsy/ Epilepsia						Intestinal illness/ Enfermedades intestinales					
ADHD/ TDAH						Skin Condition/ Problemas de la piel					
Fractures/ Fracturas						Others/Otros					

**MEDICATION AUTHORIZATION
AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

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

I authorize the health office personnel to administer only the medications marked below to my child without a doctor's order.
Yo autorizo la oficina de salud a administrar a mi hijo/a solo los siguientes medicamentos marcado sin receta medica.

<input type="checkbox"/> Tylenol/ Winasorb	<input type="checkbox"/> Throat lozenges/Mentas para la Garganta	<input type="checkbox"/> Antibiotic Cream/Crema Antibiótica
<input type="checkbox"/> Ibuprofen/Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Cough medicine/Medicina contra la Tos	<input type="checkbox"/> Benadryl Cream/Crema de Benadryl
<input type="checkbox"/> Antacid/Antiácido	<input type="checkbox"/> Cold Medication/Antigripal	<input type="checkbox"/> Cortizone Cream/Crema Cortisona Topical
<input type="checkbox"/> Benadryl/Benadryl	<input type="checkbox"/> Vick's Vapor Rub/Vick's VapoRub (Mentol)	<input type="checkbox"/> Voltaren Pain Relief Gel/Voltaren Emugel
<input type="checkbox"/> Antihistamine/Antihistamínico	<input type="checkbox"/> Otogesic Ear Pain Drops/Otogesic Gotas del Oído	<input type="checkbox"/> Thrombocid Forte Cream/Crema Thrombocid Forte
<input type="checkbox"/> Visine Eye Drops/Visine Gotas del Ojo	<input type="checkbox"/> Oragel Dental Pain Relief/Gel de Anestesia Bucal	<input type="checkbox"/> Other, please specify/Otro, favor especificar: _____

No, I do not authorize the health office personnel to administer any of the medications above to my child.
No, Yo no autorizo la oficina de salud a administrar a mi hijo/a ninguna de los medicamentos de arriba.

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