



**SANTIAGO CHRISTIAN SCHOOL  
HEALTH RECORD  
RECORD DE SALUD  
PART B/PARTE B  
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, SIGNED, AND STAMPED BY THE HEALTH CARE PROVIDER  
EL MÉDICO DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y SELLAR ESTE FORMULARIO**

**STUDENT INFORMATION  
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

<b>Student's Full Name/Nombre Completo del Estudiante:</b>	<b>Birthday/Cumpleaños:</b>  Month/Mes    Day/Día    Year/Año
--	---

<b>Date of Exam/Fecha del Examen</b>  Month/Mes    Day/Día    Year/Año	<input type="checkbox"/> <b>I have reviewed the health history information provided in the Health Record Part A</b> <i>He revisado la información provista en el Record de Salud Parte A</i>
--	---

**PHYSICAL EXAM  
EXAMEN FÍSICO**

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

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

**CHRONIC DISEASE ASSESSMENT/EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES CRONICAS**

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

**IMMUNIZATION RECORD/RECORD DE VACUNAS**

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

**Please attach an up to date copy of immunizations record/Favor anexar una copia actualizada del record de inmunizaciones**

**MEDICAL RECOMMENDATIONS  
RECOMENDACIONES MÉDICAS**

- 1) 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:*
- 2) 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:*
- 3) 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:*
- 4) 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)** \_\_\_\_\_
- 5) 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**