



**SANTIAGO CHRISTIAN SCHOOL  
HEALTH RECORD  
RECORD DE SALUD  
PART B/PARTE B  
2022-23**

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>beats per minute/latidos por minuto</b>
<b>Weight/Peso:</b> _____ <b>pounds/libras</b>	<b>Blood Pressure/Presión 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/ÓSEO</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 anomalía 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
Asthma/Asma		<input type="checkbox"/> INTERMITENT/INTERMITENTE <input type="checkbox"/> MILD PERSISTENT/LEVE PERSISTENTE <input type="checkbox"/> MODERATE PERSISTENT/MODERADA PERSISTENTE <input type="checkbox"/> SEVERE PERSISTENT/SEVERA PERSISTENTE <input type="checkbox"/> EXERCISE INDUCED/ INDUCIDA POR EJERCICIO
Anaphylaxis Allergies/ Anafilaxis alergias		<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

**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, el/la estudiante ha mantenido su nivel de bienestar.*

Yes/Si  No

If No, please explain the needed restrictions-adaptations: \_\_\_\_\_

*Si No, por favor explique las 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 las 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

If Yes, please explain/ Si es sí, por favor 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

If Yes, please contact the School Health Office/ Si es sí, por favor contacte a la oficina de salud del colegio.

Signature of Health Care Provider  
Firma del Médico

Date  
Fecha

Stamped Provider Name  
Sello Médico