

Student / Alumno/a

Name / Nombre		
Sex / Sexo	M / H <input type="checkbox"/>	F / M <input type="checkbox"/>
Grade level / Curso		
Place of Birth / Lugar de nacimiento		

Father, Mother or Guardian / Padre, Madre o Tutor

Name of father/mother or Guardian Nombre del padre/madre o Tutor	
Home address / Domicilio familiar	
Phone / Teléfono	
Business address / Dirección trabajo	
Phone / Teléfono	

Family Doctor / Médico de cabecera

Name / Nombre	
Address / Dirección	
Phone / Teléfono	

If parents not found, in case of emergency notify / De no encontrar al padre/madre en caso de emergencia contactar con

Name / Nombre	
Phone / Teléfono	

Record of Major Illnesses and Vaccinations / Informe de enfermedades y vacunas

Chicken pox / Varicela		Allergies / Alergias	
Whooping cough / Tosferina		Diabetes / Diabetes	
Rubella / Rubeola		Asthma / Asma	
Measles / Sarampión		Epilepsy / Epilepsia	
Mumps / Paperas		Heart problems / Problemas de corazón	
Scarlet fever / Escarlatina		Fainting / Desmayos	
Chronic ear infections / Otitis crónica		Hearing problems / Problemas de audición	
Neumonía / Pulmonía		Vision problems / Problemas de vista	
Rheumatic fever / Fiebre reumática		Speech problems / Problemas de habla	
Tuberculosis / Tuberculosis		Menstrual problems / Problemas menstruales	
Others / Otros			

Observations (pathologies or treatments not previously described)

Observaciones (patologías o tratamientos no descritos con anterioridad)

--

Student / Alumno/a

Name / Nombre			
Sex / Sexo	M / H <input type="checkbox"/>	F / M <input type="checkbox"/>	Grade level / Curso
Place of Birth / Lugar de nacimiento			

Father, Mother or Guardian / Padre, Madre o Tutor

Name of father/mother or Guardian Nombre del padre/madre o Tutor			
Home address / Domicilio familiar			
Phone / Teléfono			
Business address / Dirección trabajo			
Phone / Teléfono			

Family Doctor / Médico de cabecera

Name / Nombre			
Address / Dirección			
Phone / Teléfono			

If parents not found, in case of emergency notify / De no encontrar al padre/madre en caso de emergencia contactar con

Name / Nombre			
Phone / Teléfono			

Record of Major Illnesses and Vaccinations / Informe de enfermedades y vacunas

Chicken pox / Varicela		Allergies / Alergias	
Whooping cough / Tosferina		Diabetes / Diabetes	
Rubella / Rubeola		Asthma / Asma	
Measles / Sarampión		Epilepsy / Epilepsia	
Mumps / Paperas		Heart problems / Problemas de corazón	
Scarlet fever / Escarlatina		Fainting / Desmayos	
Chronic ear infections / Otitis crónica		Hearing problems / Problemas de audición	
Neumonía / Pulmonía		Vision problems / Problemas de vista	
Rheumatic fever / Fiebre reumática		Speech problems / Problemas de habla	
Tuberculosis / Tuberculosis		Menstrual problems / Problemas menstruales	
Others / Otros			

Observations (pathologies or treatments no previously described)

Observaciones (patologías o tratamientos no descritos con anterioridad)

--