

# Expediente de Salud del Estudiante

**MUY IMPORTANTE! Esta forma se debe cumplir y guardarse en la oficina de la enfermera. Please print!**

Nombre y Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Estudiante \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Nombre de Apartamiento \_\_\_\_\_ Numero de Apartamiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Telefono del Domicilio \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Padre o de Guardian \_\_\_\_\_

Parentesco al Estudiante (si no es el padre) \_\_\_\_\_ Telefono del Empleo \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de la Madre o de Guardian \_\_\_\_\_

Parentesco al Estudiante (si no es la madre) \_\_\_\_\_ Telefono del Empleo \_\_\_\_\_

## Con Quien Comunicar en Caso de Emergencia (si no se puede comunicar con padre o guardian)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Parentesco al Estudiante \_\_\_\_\_

Telefono del Domicilio \_\_\_\_\_ Telefono del Empleo \_\_\_\_\_

Medico de la Familia \_\_\_\_\_ Telefono del Medico \_\_\_\_\_

Preferencia de Hospital \_\_\_\_\_

## Otros Hijos en el Domicilio (por favor de incluir nombre, parentesco al estudiante, y fecha de nacimiento)

Muchachos \_\_\_\_\_

Muchachas \_\_\_\_\_

## Por Favor de Marcar Problemas Medicos:

Alergias    Asma    Diabetes    Epilepsia    Corazon    Sentido de Oir    Vision

Otros: \_\_\_\_\_

Usa el estudiante gafas?   Si    No      Lentes de contacto?   Si    No  

**Por favor de escribir el nombre y la razon de las medicinas que el estudiante esta tomando. (Incluya recetas y drogas compradas sin recetas. Por ejemplo: vitaminas o pastillas del control de nacimiento etc.)**

Escuela Asistida Antes de Esta \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Firma de Padres o Guardian \_\_\_\_\_