



FICHA MÉDICA - MEDICAL REPORT

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO / PERSONAL STUDENT'S PROFILE

APELLIDOS (surname): _____

NOMBRE (name): _____

FECHA DE NACIMIENTO (date of birth): _____ EDAD (age) _____ HOMBRE (male) _____ MUJER (female) _____

Datos del Padre/ Father's Information	Datos de la Madre/ Mother's Information
Nombre/Name: _____	Nombre/ Name: _____
Tel./phone: _____	Tel./phone: _____

En caso de emergencia avisar a: / In case of an emergency contact : _____

Datos de Seguro Médico/ Medical Insurance Data

Compañía/Company: _____

Número de Seguro Médico/ Number of Medical Insurance: _____

*Favor de anexar una copia del seguro/ Please add a copy of your Medical Insurance

Historia Médica/Medical History

¿Presenta alergias?/ Do you have any allergies? Yes / No

Especificar/ If so, specify: _____

¿Presenta alguna restricción alimenticia, o alergia alimenticia? / Do you have any food restriction or food allergies? Yes / No

Especificar/ If so, specify: _____

¿Presenta o ha presentado alguna de las siguientes enfermedades? / Do you have or have you had any of the following diseases or problems?

- Asma/ Asthma Yes / No
- Problemas respiratorios/ Breathing conditions..... Yes / No
- Problemas digestivos/ Digestive problems..... Yes / No
- Enfermedad renal/ Kidney trouble Yes / No
- Convulsiones/ Seizures Yes / No
- Problemas neurológicos/Neurological conditions Yes / No
- Desorden en sangre (ej.Anemia)/Blood disorder (ej. anemia,) Yes / No
- Problema cardiovascular/ Cardiovascular disease Yes / No
- Diabetes Yes / No

Otros/Others: _____

If you answer yes to any of the above, please specify: _____



¿Ha tenido alguna cirugía? / Have you had any surgical interventions? Yes/No

Especificar/ If so, specify: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? /Have you had any serious illness, or been hospitalized in the past 5 years? Yes/No

Especificar/ If so, specify: _____

¿Ha tenido alguna lesión deportiva? / Have you had any sport injuries? Yes/No

Especificar/ If so, specify: _____

¿Toma algún medicamento, aunque no esté prescrito? Are you taking any medicine(s) including non- prescription medicine? Yes/No

Especificar medicamento y dosis/ If so, specify medicines and doses: _____

¿Ha recibido vacunación reciente? / Have you had recent vaccination? Yes/No

Especificar/ If so, specify: _____

¿Necesita cuidados especiales de salud, por recomendación médica? / Do you have special health conditions and/or medical prescription? Yes/No

Especificar/ If so, specify: _____

OBSERVACIONES (comments): _____

Fecha, Nombre y Firma / Date, Name, and Signature

Nota: En caso de emergencia autorizo al Departamento Médico del Colegio a trasladar a mi hijo(a) a un centro hospitalario. Los datos consignados en esta ficha médica son enteramente responsabilidad de los padres y/o representantes del alumno, por lo que en caso de consignarlos, actualizarlos u omitirlos, el Departamento Médico del Colegio no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado.

Note: In case of emergency I authorize the Medical Department to transport my son/daughter to a medical center for his/her attention. I understand that the information that I provide in this form is entirely the legal tutor's responsibility. The medical department will not have any responsibility for any situation derived from any omission in this form. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth above have been answered to my satisfaction.