



Health Report

Reporte de Salud

School Year 20____ - 20____
Año Escolar

Date: ____/____/____
Fecha (dd/mm/aa)

Student Code Number: ____
Matricula

Complete Name (according to birth certificate)

Nombre completo: (de acuerdo al acta de nacimiento)

Last Name
Apellido paterno

Mother's Maiden Name
Apellido materno

Name
Nombre(s)

Student's Physician:

Datos del Doctor que lo atiende

Name
Nombre(s)

Last Name
Apellido paterno

Mother's Maiden Name
Apellido materno

Home Phone Teléfono Particular

Office Phone Teléfono Consultorio

Mobile Celular

1) Blood Type: ____
Tipo de Sangre

2) The student is: ☐ Right-Handed ☐ Left-Handed
El alumno(a) es: Derecho Zurdo

3) Can the student take his/her Physical Education class? ☐ Yes ☐ No
¿El alumno(a) puede practicar su clase de Educación Física?

4) Is the student physically disabled? ☐ Yes ☐ No
¿El alumno(a) padece de alguna deficiencia física?

Describe: Describir _____

5) Does the student suffer from any illness? ☐ Yes ☐ No
¿Padece de alguna enfermedad?

Describe: Describir _____

6) A) Is student under medical treatment? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno está bajo tratamiento médico?

Describe: *Describir*

B) Does the student take medicine regularly? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) toma medicamento periódicamente?

Describe: *Describir*

7) Is the student allergic? ☐ Yes ☐ No

¿Es alérgico?

To: _____

¿A qué?

8) A) Student has been under psychological or psychiatric treatment? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) ha estado bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico?

B) Student is actually receiving psychological or psychiatric treatment? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) se encuentra bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico?

Reason: _____

Motivo

Date Treatment Began: _____ / _____ / _____

Fecha de inicio: (dd/mm/aa)

Diagnosis: _____

Diagnóstico:

Name of the Psychologist/Psychiatrist: _____

Datos del Psicólogo o Psiquiatra

Name

Nombre(s)

Last Name

Apellido paterno

Mother's Maiden Name

Apellido materno

Home Phone *Teléfono Particular*

Office Phone *Teléfono Consultorio*

Mobile *Celular*

9) Comments *¿Algún comentario adicional?* _____

10) Health Insurance Information *Datos del seguro de Gastos Médicos:*

Does the student have health insurance? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) cuenta con Seguro de Gastos Médicos?

Company: _____

Compañía

Policy Number: _____

Póliza No.

Expires: _____ / _____ / _____

Vencimiento (dd/mm/aa)

I herein state all the information surrendered to be true and authorize Cardinal School, S.C. to verify it.

Hago constar que todos los datos proporcionados son verdaderos y autorizo a Cardinal School, S.C. a verificar toda la información y documentos adjuntos.

Parents' Name

Nombre del Padre o Madre

Signature

Firma

Date

Fecha