



**Cardinal School, S.C.**

ALLENDE CAMPUS

**Colegio Cardinal**

## Digital Health Report

### Reporte de Salud Digital

School Year 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

*Año Escolar*

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Fecha (dd/mm/aa)*

Student Code Number: \_\_\_\_\_

*Matrícula*

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 suffers from any illness?  Yes  No \_\_\_\_\_

*¿Padece de alguna enfermedad?*

6) A) Is student under medical treatment?  Yes  No  
*¿El alumno(a) está bajo tratamiento médico?*

Describe: *Describir*

---

B) Does the student take medicine regularly?  Yes  No Explain: \_\_\_\_\_  
*¿Toma medicamento periódicamente? Detalle*

7) Is the student allergic?  Yes  No Explain: \_\_\_\_\_  
*¿Es alérgico? Detalle*

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 under psychological or psychiatric treatment?  Yes  No  
*¿El alumno(a) se encuentra bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico?*

Reason: \_\_\_\_\_ Date Treatment Began: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Motivo Fecha de inicio: (dd/mm/aa)*

Diagnosis  Yes  No \_\_\_\_\_  
*Diagnóstico*

Name of the Psychologist/Psychiatrist: \_\_\_\_\_  
*Datos del Psicólogo o Psiquiatra*

Name	Last Name	Mother's Maiden Name
<i>Nombre(s)</i>	<i>Apellido paterno</i>	<i>Apellido materno</i>

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: \_\_\_\_\_ Expires: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Póliza No. Vencimiento (dd/mm/aa)*

***I certify that all the information provided is true and authorize Cardinal School, S.C. to verify them.***  
*Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y autorizo a Cardinal School, S.C. a verificarla.*

\_\_\_\_\_  
Parents' Name  
*Nombre del Padre o Madre*

\_\_\_\_\_  
Signature  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha*