



Saint Joseph School
School Health and Emergency Form
 (Formulario de Salud y Emergencia)
 School Year (Año Escolar) 20__ - 20__

Date (Fecha) _____ Grade Applying for (Grado a Cursar) _____

Student Information (Información del Estudiante)

Last Names (Apellidos) _____ Name (Nombre) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento [d/m/a]) _____ Age (Edad) _____

STUDENT HEALTH INFORMATION (INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE)

1) Blood Type (tipo de sangre) _____

2) Illnesses / Accidents during birth and/or childhood: (Enfermedades/Accidentes durante nacimiento y/o la infancia)

Age (Edad)	Illness (Enfermedad)	Accidents (Accidentes)

3) Does your son/daughter ... (¿Su hijo/a...)

3.1) wear glasses? (usa lentes?) Yes (Si) No

3.2) have any special health condition? (tiene alguna condición de salud especial?) Yes (Si) No

Specify (Especifique): _____

3.3) take regular medication? (toma algún medicamento con regularidad?) Home (Casa) School (Colegio)

Medication Name (Nombre del medicamento) _____

Dosage and time (Dosis y hora) _____

Illness (Enfermedad) _____

Note: Students requiring medication at school must have a written physician's order. (Nota: Los estudiantes que requieren medicamentos en el Colegio deben traer una indicación del pediatra).

4) Is the student allergic to... (¿Es el estudiante alérgico...)

4.1) any medication? (a algún medicamento?) Yes (Si) No

Specify (Especifique): _____

4.2) any food? (a algún alimento?) Yes (Si) No

Specify (Especifique): _____

4.3) Iodine? (yodo?) Yes (Si) No

Note: If more space needed for allergies attach page. (Si necesita más espacio para alergias agregar una hoja.)

5) I authorize the following medications to be given by the Doctor, if necessary. (Autorizo a que los siguientes medicamentos sean suministrados por la doctora, si es necesario).

- Acetaminophen Anti-Inflammatory Oral anesthetic (anestésico oral)
- Antihistamine (antialérgico) Cold medicine (Medicina de gripe) Eyes and ear drops (gotas ojos y oídos)
- Gastrointestinal pain relief (medicamentos gastrointestinales) Other (Otra): _____

STUDENT GENERAL INFORMATION (INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIANTE)

Father's Name (Nombre del Padre) _____

Telephones (Teléfonos): Home (Residencia) _____ Work (Trabajo) _____

Mobile (Celular): _____ Mobile (Celular): _____ Other (Otros): _____

Mother's Name (Nombre de la Madre) _____

Telephones (Teléfonos): Home (Residencia) _____ Work (Trabajo) _____

Mobile (Celular): _____ Mobile (Celular): _____ Other (Otros): _____

Student's Physician (Pediatra): _____

Telephones (Teléfonos): Work (Trabajo) _____ Mobile (Celular): _____

Mobile (Celular): _____ Other (Otros): _____

Physician's Consulting Office (Centro Medico donde labora): _____

IN CASE OF EMERGENCY (EN CASO DE EMERGENCIA)

Please contact (En caso de emergencia favor contactar):

1. Name (Nombre) _____ Relation to child (Parentesco) _____

Telephones (Teléfonos): Home (Residencia) _____ Work (trabajo) _____

Mobile (Celular): _____ Mobile (Celular): _____ Other (Otros): _____

1. Name (Nombre) _____ Relation to child (Parentesco) _____

Telephones (Teléfonos): Home (Residencia) _____ Work (trabajo) _____

Mobile (Celular): _____ Mobile (Celular): _____ Other (Otros): _____

Medical Center of preference (Centro Medico de preferencia):

First Choice (primera opción): _____

Second Choice (segunda opción): _____