



A CATHOLIC COLLEGE PREPARATORY SCHOOL

Health Record Ficha Médica

Student's name / Nombre del alumno _____

Grade / Grado: _____

Age / Edad: _____

*If the parents or guardian cannot be reached in an emergency, contact / De no poder localizar a los padres llamar a: _____

Telephone/Teléfono : _____

Relationship/Parentesco: _____

Student's Physician/Médico del alumno _____ Telephone/Teléfono _____

Medical Insurance Company's Name/ Compañía de seguros _____

Subscriber's Name Policy & Policy Number/Número de póliza & **TIPO DE SEGURO CONTRATADO:** _____

Please submit copy of both sides of your insurance card./ Por favor envíenos una copia a dos caras de su tarjeta.

Medical History/ Historia Clínica

- ☐ My child does not have any health condition, and may take part in every activity. / Mi hijo(a) no padece de nada y puede participar de cualquier actividad.

Personal History – Please check Yes or No. / Antecedentes Personales – Marque Sí o No

	Yes/Si	No		Yes/Si	No
Low Blood Pressure/ Presión arterial baja	☐	☐	Diabetes	☐	☐
Heart Problems/ Problemas cardíacos	☐	☐	Seizure Disorder/ Patologías convulsivas	☐	☐
High Blood Pressure/ Presión arterial alta	☐	☐	Learning Disability/ Deficiencia de aprendizaje	☐	☐
Peptic-acid disease (heartburn)/ Enfermedad ácido-péptica	☐	☐	Concussion/ Contusión	☐	☐
Eating Disorders/ Desórdenes Alimenticios	☐	☐	Dizziness, nausea/ Nausea, mareos	☐	☐
Skin diseases/ Enfermedades de la piel	☐	☐	Depression/ Depresión	☐	☐
Earaches/ Dolor de oídos	☐	☐	Substance abuse/ Abuso de sustancias	☐	☐
Asthma/ Asma	☐	☐	Orthopedic problems/ Problemas Ortopédicos	☐	☐
Suppressed immune system/ Sistema inmune deprimido	☐	☐	Female students / Alumnas		
Anxiety Disorder/ Desórdenes de Ansiedad	☐	☐	Date of first menstruation/ Fecha de primera menstruación	_____	
Others / Otras :			Menstruation: Excessive Flow/ Flujo Menstrual Abundante	☐	☐
_____			Menstruation: Irregular Periods/ Menstruación Períodos Irregulares	☐	☐

- If you answered yes, please explain / Si respondió que sí, por favor explique: _____

- **Allergies / Alergias** Yes(Sí) ☐ No ☐

List any medicines, food, or environmental substance to which your child is ALLERGIC. / Enumere las medicinas, sustancias y alimentos que le dan ALERGIA a su hijo(a).

- **Operations/Hospitalizations- Hospitalizaciones / Cirugías**

List, type of surgery or hospital admission and year (include fractures)./ Mencione si su hijo(a) ha sido ingresado a hospitales, y si le han hecho cirugías, en qué año, por favor diga cuales (incluya las fracturas/yesos).

Medications / Medicamentos

List all medications taken on a regular or frequent basis. (Include vitamins, hormones, and over-the-counter medications, allergy shots, ritalin, etc.) / Haga un listado de todas las medicinas que toma regular y habitualmente (Vitaminas, Hormonas, tratamiento para alergias, convulsiones, migrañas, ADD, etc.). Name & Dosage/Nombre y dosis

Name any ongoing illness, emotional or medical condition for which you are now or have been under treatment/ Mencione cualquier enfermedad, padecimiento físico o emocional, por el cual esté o haya estado recibiendo tratamiento.

Ever experienced any personal or emotional difficulties which required professional attention? / ¿Alguna vez su hijo(a) ha recibido asistencia profesional para manejar problemas emocionales?

The medication below may be administered to my child / Los siguientes medicamentos pueden administrarse a mi hijo(a):

- | | |
|---|--|
| ☐ Paracetamol (Tylenol/Panadol/Panadolito) | ☐ Antiácido (Magnum) |
| ☐ Espasmo-Dolofo (Sertal) | ☐ Pepto-Bismol |
| ☐ Antialérgicos no sedantes (Loratadina) | ☐ Throat lozenges or cough drops agent (Zorritone) |
| ☐ Ibuprofeno (Advil) | ☐ Diclofenac (Cataflam) |
| ☐ Nausyl (dimehidrinato) | ☐ Otros : _____ |
| ☐ <u>DO NOT ADMINISTER ANY MEDICATION/ NO ADMINISTRAR NINGÚN MEDICAMENTO</u> | |

Recommendations regarding the care of this student / Recomendaciones para el cuido de este alumno:

Thinking on your wellness we guarantee medical attention throughout the day. Nevertheless we are not to be held responsible for any incidents or illnesses that may occur in the course of our scholastic activities. LIA Clinic has permission to treat my child, I release the school and its personnel of any liability related to the administration of the over-the-counter authorized medication. In case of emergency and in the event that the above contacts are not available, I delegate authority and give my consent to the Head of School or to the Head of School's specified, to arrange any necessary emergency medical care.

Para su mayor seguridad y tranquilidad contamos con atención médica durante la jornada escolar. Sin embargo no nos hacemos responsables de los accidentes o enfermedades que puedan ocurrir en el transcurso de las actividades escolares. La Clínica LIA tiene permiso para atender a mi hijo(a), entiendo que el personal de Lincoln Academy no tiene ninguna responsabilidad por la administración de cualquiera de los medicamentos autorizados. En caso de una emergencia en que no sea posible localizar a ninguno de los tutores, delego la responsabilidad de realizar los arreglos necesarios al Director del colegio o a la persona por él indicada. Todos los costos correrán por cuenta de los padres de familia o tutor

LIA CLINIC has permission to treat/ Clínica LIA tiene permiso para atender a: _____, whenever he/she goes to the LIA Clinic./siempre que él/ella acuda a la Clínica LIA.

Parent or Guardian Signature/
Firma del Padre o Tutor

Date / Fecha Actual

We encourage every LIA student to have health insurance. Every year students suffer from major illnesses or injuries, on or off the LIA campus, which requires medical attention or hospitalization beyond the services that our school clinic can provide.
Alentamos a que cada alumno de LIA adquiera un seguro médico. Cada año tenemos algunos alumnos que se enferman o lesionan dentro y/o fuera del área del colegio, llegando a ameritar atención médica u hospitalización no incluida en los servicios ofrecidos por la clínica del colegio.