



**CAP CANA HERITAGE SCHOOL**  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE**  
**(2021-2022)**

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	GRADO:
MI HIJO TIENE SEGURO MÉDICO: SI ( ) NO ( )	ASEGURADORA/PÓLIZA:
NOMBRE DE MÉDICO DE CABECERA/PEDIATRA:	TELÉFONO/ CELULAR:

**EXAMEN FÍSICO**

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_ PRESIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_\_

REVISION POR SISTEMAS:	
GENERAL:	
CABEZA:	
CORAZÓN:	
TORAX:	
ABDOMEN:	
GENITOURINARIO:	
EXTREMIDADES:	
NEUROLÓGICO:	
OTROS:	

**Considero que este estudiante se encuentra en condiciones físicas aptas para participar en cualquiera actividad de la escuela:**

S ( ) N ( )

Si la indicación es "No," favor detallar cualquier restricción:

---

---

**Certifico que este estudiante está completamente inmunizado/a contra la difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, parotiditis, hepatitis A y B, Meningococo y rubéola.** S ( ) N ( )

**Anexar copia del record de vacunación actualizado a la fecha de entrega de este documento.**

**CCHS no se hace responsable por riesgos elevados asociados por falta de vacunación.**

Certifico que la información ofrecida en estos formularios es correcta y actualizada a la fecha en que se firman estos documentos. Acepto que debo actualizar la información médica con regularidad o cuando sea solicitado por el colegio. Entiendo que es mi obligación informar al colegio si mi hijo/a tiene una enfermedad o hay un cambio en su condición de salud.

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Exequatur \_\_\_\_\_

Teléfono oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección trabajo: \_\_\_\_\_

Sello: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

AFECCIONES DE:	ENFERMEDADES CRONICAS:
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ VISIÓN [ ]</li> <li>○ AUDICIÓN [ ]</li> <li>○ TRASTORNOS EMOCIONALES [ ]</li> <li>○ CONVULSIONES FEBRILES [ ]</li> <li>○ DOLORES DE CABEZA RECURRENTES [ ]</li> <li>○ TRASTORNOS MENSTRUALES RECURRENTES [ ]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ASMA [ ]</li> <li>○ DIABETES [ ]</li> <li>○ EPILEPSIA [ ]</li> <li>○ ENFERMEDAD CARDIACAS [ ]</li> <li>○ ENFERMEDAD RENAL [ ]</li> <li>○ ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS [ ]</li> </ul>
¿ES EL ESTUDIANTE ALERGICO/A A: MEDICAMENTO, ALIMENTO O AMBIENTAL? SI __ NO __ ESPECIFIQUE _____ _____ _____	¿TOMA SU HIJO/A MEDICAMENTOS DIARIAMENTE? SI __ NO __ NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ RAZON POR LA CUAL LO TOMA: _____ _____
¿SU HIJO A DADO POSITIVO A SARS-COVID-19? SI __ NO __	¿ES SU HIJO CONSIDERADO DE ALTO RIESGO POR ENFERMARSE DE SARS-COVID-19? SI __ NO __

**CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR LOS SIGUIENTE MEDICAMENTOS A SU HIJO/A:**

TIPO DE MEDICAMENTO:	SI	NO
ACETAMINOFÉN		
ANTIALERGICOS/ANTIHISTAMÍNICOS		
ANALGÉSICOS		
ANTIESPASMODICOS (SERTAL)		
ANTITUSIVOS		
TÓPICOS (CREMA ANTIBACTERIANA, ANTIALÉRGICA, ANALGÉSICA)		

**PERSONAS AUTORIZADAS A PARTE DE LOS PADRES A RECOGER A SU HIJO/A EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA:**

NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO:
CELULAR / TELÉFONO:	CELULAR / TELÉFONO:
CÉDULA / PASAPORTE:	CÉDULA / PASAPORTE:
RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:	RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:
NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO:
CELULAR / TELÉFONO:	CELULAR / TELÉFONO:
CÉDULA / PASAPORTE:	CÉDULA / PASAPORTE:
RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:	RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a CCHS a brindarle atención médica a mi hijo/a en la clínica más cercana en caso de emergencia.

Certifico que la información ofrecida en estos formularios es correcta y actualizada a la fecha en que se firman estos documentos. Acepto que debo actualizar la información médica con regularidad o cuando sea solicitado por el colegio. Entiendo que es mi obligación informar al colegio si mi hijo/a tiene una enfermedad o hay un cambio en su condición de salud. También reconozco que Cap Cana Heritage School hará todo lo posible por asegurar el bienestar de mi hijo/a.

- Los estudiantes que requieren medicación en la escuela DEBEN traer por escrito una orden/receta de su médico y un consentimiento de los padres por escrito. Por favor llame a la Oficina de Salud en el 809-695-5519 ext. 6031 para obtener el formulario de consentimiento.
- La Oficina de Salud en algunos casos debe compartir la información de problemas graves de salud de los estudiantes con los maestros y otros miembros del colegio.

Nota: El formulario de salud debe ser firmado por ambos padres y / o tutores, si hay más de uno.

Padre/Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Madre/Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_