



STUDENT MEDICAL INFORMATION
Informe Médico sobre el Alumno
School Year 2010-2011

CHILD'S FULL NAME <i>Nombre Completo del Alumno</i>		GRADE <i>Grado</i>	
DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i>	____/____/____ M D Y	BLOOD TYPE <i>Tipo de Sangre</i>	
MOTHER'S BLOOD TYPE <i>Tipo de Sangre (madre) =</i>	FATHER'S BLOOD TYPE <i>Tipo de Sangre (padre)</i>		
FAMILY DOCTOR NAME <i>Doctor Familiar</i>		PHONE <i>Teléfono</i>	
EMERGENCY CONTACTS (in case of injury) – Contactos en caso de emergencia			
NAME <i>Nombre</i>		PHONE <i>Teléfono</i>	
NAME <i>Nombre</i>		PHONE <i>Teléfono</i>	
NAME <i>Nombre</i>		PHONE <i>Teléfono</i>	

Please indicate below any pertinent medical information (allergies, former illness...) the school should be aware of: *Por favor indique debajo cualquier información médica (alergias, enfermedades anteriores...) de la cual la escuela deba estar al tanto:*

Please indicate below any medication or treatment you do NOT allow (minor injuries). *Por favor indique aquí debajo cualquier tratamiento o medicamento que usted NO desee que se aplique a su niño(a) (en caso de heridas leves):*

In case of minor injury, I hereby give permission for the school to provide appropriate medical treatment (with exceptions as indicated above). In case of an emergency requiring attention in a private medical center or in a hospital, and the school is not able to contact me/us, we authorize the school, to obtain the necessary and suitable services for my/our child. I/we agree to pay in full for all services rendered. *En caso de heridas leves , yo doy permiso a la escuela para proveer un tratamiento apropiado (con las ecepciones indicadas arriba). En caso que nuestro(s) hijo(s) sufriere(n) algún daño o percance que amerite atención en un centro médico o en un centro hospitalario, y la escuela no haya podido contactarnos, otorgamos nuestro permiso para que la escuela pueda obtener los servicios y atenciones necesarias para nuestro(s) hijo(s). Estoy de acuerdo en pagar por todos los servicios que le fueron prestados y los medicamentos suministrados.*

Signature / Firma del Padre o Tutor

Date / Fecha