

Forma de Salud 2011

Esta Forma debe ser completada por el padre/guardián y enviado con la forma de registraci3n

Nombre Completo _____ Telefono _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo ___ Edad ___ Grado en el otoño 2011 _____

Padre/Guardian _____

Teléfono del Padre/Guardián _____

Direcci3n _____ Ciudad _____ C3digo Postal _____

Teléfono durante el día _____

En caso de emergencia contacte a _____

Relaci3n _____ Tel3fono _____

Especialista Familiar _____ Tel3fono _____

Fecha de último examen _____ Algún problema en el examen pasado _____

Se le puede dar: Aspirina Tylenol Benadryl Dosis: _____

Por favor cheque cualquier tipo de condici3n o problema que se debe considerar a la hora de las actividades con su hija:

Varicela	Sarampi3n	Paperas	Mojar la cama
Las infecciones del oído	Enfermedades del coraz3n	Convulsiones	Hipertensi3n
Diabetes	Epilepsia	Mononucleosis	Problemas del riñ3n y vejiga
Ortop3dica	Auditivos	Lentes de contacto/Lentes	Visuales
Aprendizaje	Sangrados		

Otras: _____

Alergias:

Fiebres	Asma	Hierba Venenosa	Drogas
Mordidas de insectos			

Comidas _____

Operaciones o Heridas serias (Fechas) _____

Hospitalizaciones _____

Otras enfermedades o detalles _____

Medicamentos _____ Dosis _____

Eventos que han cambiado su vida:

