

NECESARIO PARA PARTICIPAR EN SOUND TO SEA

Nombre _____
Escuela _____

Formulario Médico del Estudiante

Nombre _____ Edad _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
Código Postal _____
Fecha de Nacimiento _____ - _____ - _____ Sexo _____ Peso _____ Height _____ ft _____ in

Padres o Tutores Legales _____
Teléfono de casa (____) _____ - _____ Teléfono de trabajo (____) _____ - _____
Teléfono de casa (____) _____ - _____ Teléfono de trabajo (____) _____ - _____
Teléfono móvil (____) _____ - _____ Teléfono móvil (____) _____ - _____
Médico de familia _____ Teléfono (____) _____ - _____
En caso de emergencia, notifique lo siguiente si no se puede localizar a uno de los padres _____
Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____ - _____
Nombre _____ Relación _____ Teléfono (____) _____ - _____

**Hay que
rellenarlos**

Cuestionario Sobre el Hogar y la Salud

1. Indique la fecha de la última vacuna antidiftérica-tétanos o antitetánica del alumno _____.
2. Indique cualquier restricción de actividad actual o problemas de salud especiales como esguinces recientes, fracturas óseas, hospitalizaciones recientes, dificultades de aprendizaje, discapacidades físicas, dieta especial (restricciones vegetarianas/religiosas):

3. Tiene el estudiante antecedentes de: (marque todo lo que proceda)

_____ Asma	_____ Estado emocional/ condición psicológico	_____ Trastorno musculoesquelético
_____ Mojar la cama	_____ Desmayos	_____ Convulsiones
_____ Trastorno hemorrágico	_____ Discapacidad auditiva	_____ Trastornos del sueño
_____ Constipación	_____ Defecto/enfermedad cardíaca	_____ Nostalgia del hogar
_____ Diabetes	_____ Dolores menstruales	_____ Otros problemas de salud:
_____ Infecciones de Oído/Garganta		

Explique las condiciones de salud comprobadas anteriormente: _____

4. Por favor, díganos si su estudiante tiene alguna alergia: (Alimentos, Medicamentos, Picaduras de Insectos, Estacional, Otros)

Mi hijo es alérgico a : _____

Es una alergia de (marque todo lo que corresponda) ingestión, contacto, inhalación, o otra) _____

La gravedad de la reacción (urticaria, dolor de estómago, reacción anafiláctica, etc.) _____

Tratamiento recomendado para la reacción _____

Mi hijo TAMBIÉN es alérgico a _____

Es una alergia de (marque todo lo que corresponda) ingestión, contacto, inhalación, o otra) _____

La gravedad de la reacción (urticaria, dolor de estómago, reacción anafiláctica, etc.) _____

Tratamiento recomendado para la reacción _____

Indique a continuación cualquier alergia o información adicional: