

Health Report

Reporte de Salud

School Year 20____ - 20____

Año Escolar

Date: ____/____/____

Fecha (dd/mm/aa)

Student Code Number: _____

Matrícula

Campus: ☐ Monterrey

☐ San Pedro

☐ Monclova

☐ Carinal

Complete Name (according to birth certificate)

Nombre completo (de acuerdo con el acta de nacimiento)

Last Name

Apellido paterno

Mother's Maiden Name

Apellido materno

Name

Nombre(s)

Student's Physician:

Datos del Doctor que lo atiende

Name

Nombre(s)

Last Name

Apellido paterno

Mother's Maiden Name

Apellido materno

Home Phone Teléfono Particular

Office Phone Teléfono Consultorio

Mobile Celular

1) Blood Type: _____

Tipo de Sangre

2) The student is: ☐ Right-Handed ☐ Left-Handed

El alumno(a) es

Derecho

Zurdo

3) Can the student take his/her Physical Education class? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) puede practicar su clase de Educación Física?

4) Is the student physically disabled? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) padece de alguna deficiencia física?

Describe: Describir _____

5) Does the student suffer from any illness? ☐ Yes ☐ No

¿Padece de alguna enfermedad?

Describe: Describir _____

6) A) Is student under medical treatment? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) está bajo tratamiento médico?

Describe: Describir _____

B) Does the student take medicine regularly? ☐ Yes ☐ No

¿Toma medicamento periódicamente?

Explain: _____

Detalle

7) Is the student allergic? ☐ Yes ☐ No Explain: _____

¿Es alérgico?

Detalle

8) A) Student has been under psychological or psychiatric treatment? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) ha estado bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico?

B) Student is actually under psychological or psychiatric treatment or medication? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) se encuentra bajo tratamiento psicológico o o medicación psiquiátrica?

Reason: _____ Date Treatment Began: ____/____/____

Motivo

Fecha de inicio

(dd/mm/aa)

Diagnosis ☐ Yes ☐ No Describe: _____

Diagnóstico

Describir

Name of the Psychologist/Psychiatrist: _____

Datos del Psicólogo o Psiquiatra

Name
Nombre(s)

Last Name
Apellido paterno

Mother's Maiden Name
Apellido materno

Home Phone Teléfono Particular Office Phone Teléfono Consultorio Mobile Celular

9) Comments ¿Algún comentario adicional?

10) Health Insurance Information Datos del seguro de Gastos Médicos:

Does the student have health insurance? ☐ Yes ☐ No

¿El alumno(a) cuenta con Seguro de Gastos Médicos?

Company: _____

Compañía

Policy Number: _____

Póliza No.

Expires: ____/____/____

Vencimiento (dd/mm/aa)

I certify that all the information provided is true and authorize Pan American School S.C. to verify them.

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y autorizo a Pan American School S.C. a verificarla.

Parents' Name
Nombre del Padre o Madre

Signature
Firma

Date
Fecha

MONTERREY CAMPUS:	SE Incorporation	*Preschool 19PJN0240I	*Primary 19PPR0024J	*Middle School 19PES0135H
SAN PEDRO CAMPUS:	SE Incorporation	*Preschool 19PJN0504A	*Primary 19PPR0188T	*Middle School 19PES0097V
CARDINAL SCHOOL:	SE Incorporation	*Preschool 19PJN0810I	*Primary 19PPR0859R	*Middle School 19PES0299R
MONCLOVA CAMPUS:	SE Incorporation	*Preschool 05PJN0417C	*Primary 05PPR0326B	*Middle School 05PES0126X
	Incorporación a la SE	Preescolar	Primaria	Secundaria
				*High School 05PBH3508V
				Preparatoria