



The Clearpool Education Center

Over 100 Years of Learning Beyond the Classroom

33 Clearpool Rd • Carmel, NY 10512 • Phone: (845) 225-8226 • Fax: (845) 225-6337

Health History Form

Por favor pinte el nombre de su hijo(a)

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____

Masculino/femenino (circule uno)

Grupo que atiende a Clearpool con (escuela, organización) _____

grado _____

Informacion en caso de emergencia

Pariente o guardian

Nombre _____

Direccion _____

telefono (c) _____ (t) _____ (m) _____

Doctor/nombre de la clinica _____

Telefono _____

Tipo de seguro _____

direccion _____

numero de seguro _____

Segunda persona en casa de emergencia

Nombre _____

Parentesco del nino (a) _____

direccion _____

telefono (c) _____ (t) _____ (m) _____

Historia medica

Si su hijo(a) tiene algun problema con la lista siguiente:

Asma	si	no	Alergias	si	no
Seizure	si	no	depicadade insectos	si	no
Diabetis	si	no	Sordero	si	no
Problemos del corazon	si	no	Esercicios extremos	si	no
Sleepwalking	si	no	Precion alta	si	no
Mojar la cama	si	no			

Si tiene algun problema, explique



The Clearpool Education Center

Over 100 Years of Learning Beyond the Classroom

33 Clearpool Rd • Carmel, NY 10512 • Phone: (845) 225-8226 • Fax: (845) 225-6337

Su hijo(a) tiene otros problemas serios o esta bajo vijilancia medico? Si, explique

Su hijo(a) tiene alergias algun alimento? _____

Restriciones de dieta? _____

Alergias a medicina? _____

Su hijo(a) a recibido todas sus vacunas? Si No

What was the date of your child's last TETANUS shot? _____

Altura _____ Peso _____

Alergias (especifique) _____

Bacunas (Por favor indique fecha)

DT, DPT _____ Sarampion #1 _____ Sarampion #2 _____

Polio _____ Hep B #1 _____ Hep B #2 _____

Hep B #3 _____ MMR _____ Varicela _____

HIB _____ Other _____

Medicinas:

El estudiante no debe tener ninguna medicina con el, (como pastillas o jarabes), Este incluye medicina que puedes comparar sin reseta de doctor (como Tylenol). Toda medicinas debe ser deda por una enfermera o un represante de la escula y debe ser administrada de acuerdo a las instrucciones. Toda medicina debe estar en su envase original, que la farmaciada.

Describe la medicasion _____

Mi hijo(a) puede necesitar esta medicina

Tylenol _____ Medicina por la toz _____ Antiacides _____ Benadryl _____

Algun restricion

Natacion: (si or no) tirarce al agua: (si or no)

Actividades activas: (si or no) recreacion:(si or no)

Comentonios sobre restricciones: _____

Firma de padres/guardian: _____ Fecha: _____