



Student Medical Information

Name _____ Phone _____ Date of Birth _____
Address _____ Zip Code _____

Parent or guardian's Name _____
Address _____ Zip _____
Code _____

Phone: Home _____ Work _____ Other _____
Other person to contact _____ Phone _____
Doctor _____ Phone _____
Address _____ Zip Code _____
Hospital _____ Phone _____
Insurance: Yes _____ No _____ Group no. _____
Name of Company _____

Does student have any special medical problems ? Yes _____ No _____
If yes, please explain _____

Is student taking any medication? Yes _____ No _____
If yes, please specify _____

Is student allergic to any drugs? Yes _____ No _____
If yes, please specify _____

Is student allergic to insect bites? Yes _____ No _____
If yes, does student have an insect kit for emergencies? Yes _____ No _____
When did student receive his/hre last tetanous shot? _____

Does student take medication which requires adult supervision? Yes _____ No _____
If yes, attach a letter containing instructions for administering medication.



Información Médica del Estudiante

Nombre _____ Tel. _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Código Postal _____

Nombres de padres o tutores _____
Dirección _____ Código Postal _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Otro _____
Otra persona que podamos contactar _____ Teléfono _____

Médico _____ Tel. _____

Dirección _____ Código Postal _____

Hospital _____ Tel. _____

Séguro médico Sí _____ No _____ Numero del grupo _____

Nombre de la Compañía _____

¿Tiene el estudiante algún problema médico en especial? Sí _____ No _____
Si la respuesta es "si", favor de explicarlo con más detalle _____

¿ Está tomando medicamento el estudiante? Si _____ No _____
Si la respuesta es "si", favor de especificarlo _____

¿ Tiene el estudiante alergia a alguna medicina? Si _____ No _____
Si la respuesta es si, favor de especificarlo _____

¿Tiene el estudiante alergia a piquetes de insectos? Si _____ No _____
Si la respuesta es "si", ¿tiene el estudiante un botiquín de insectos para emergencias? Si _____ No _____
¿Cuándo recibió el estudiante su última vacuna de tétano? _____

¿Tome el estudiante algún medicamento que requiere supervisión de adultos? Si _____ No _____
Si la respuesta es "si", adjunte una carta que contenga instrucciones para administrar el medicamento.