



**FORMULARIO DE INFORMACION MÉDICA**  
**MEDICAL INFORMATION FORM**  
**2016-2017**

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE/ STUDENTS INFORMATION**

Nombre del estudiante / *Student name:* \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento/ *Date of birth:* \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Fathers Name: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Mothers Name : \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor (si aplica)/ Tutor's Name (if applicable): \_\_\_\_\_

Teléfono (s)/ *Phone (s):* \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar/In case of an emergency call: \_\_\_\_\_

Telefonos/ *Phones:* \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de su pediatra/ Name and phone of the pediatrician:  
 \_\_\_\_\_

Grupo de Sangre/ Blood Group: \_\_\_\_\_ Factor RH/ RH Factor:  Positivo  Negativo -

**Enfermedades actuales, favor especificar cualquier tratamiento/ *Present illness, please specify any treatment:***  
 \_\_\_\_\_

**Enfermedades anteriores, favor especificar/ *Previous diseases, please specify:***  
 \_\_\_\_\_

**Alergias, favor especificar cualquier tratamiento/ *Allergies, please specify any treatment:* .**  
 \_\_\_\_\_

Información Adicional/ Additional Information:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Autorizo al PCIS a transportar a mi hijo/a a un centro medico en caso de emergencia que consideren e caso de no ser contactado/a. *I authorize the PCIS to transport my son/daughter to a medical center the consider in case of an emergency and I cannot be contacted.*
- Autorizo al PCIS de aplicar a mi hijo/a el tipo de medicación necesaria en caso de alguna emergencia. *I authorize the PCIS to treat my son/daughter with the appropriate medication needed in case of an emergency.*

\_\_\_\_\_  
 Firma de Padre/Madre o Tutor  
*Signature of Parent - Guardian*

\_\_\_\_\_  
 Aprobado por la Oficina Médica  
*Approved by the Medical Office*