



QUALITY SCHOOLS INTERNATIONAL OF EL TIGRE

Av. Intercomunal El Tigre-El Tigrito, detrás del C.C. El Roble

Edificio QSI El Tigre. El Tigre, Anzoátegui, Venezuela

Tel.:0283-241-2005-241-2001, Tel/Fax: 0283-2412467

E-mail: monica-crespo@qsi.org / carlos-gomez@eltigre.qsi.org

Rif J-31361260-0

NIT: 0431708728

STUDENT HEALTH HISTORY

LAST NAME/ APELLIDO

NAME / NOMBRE

SEX / SEXO

BIRTH/DATE / FECHA DE NACIMIENTO.

HOME PHONE / TELF. LOCAL.

BUSINESS PHONE / TELF. OFICINA

IN CASE OF EMERGENCY CALL/ EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A

PHONE / TELÉFONO.

PERSONAL PHYSICIAN / MÉDICO PERSONAL

PHONE / TELÉFONO.

I AUTHORIZE QSI INTERNATIONAL OF EL TIGRE TO ACT ACCORDING TO ITS JUDGEMENT IN CASE OF EMERGENCY WHEN NONE OF THE PERSONS NAMED ABOVE CAN BE REACHED.

AUTORIZO A QSI INTERNATIONAL OF EL TIGRE QUE ACTUE SEGUN SU JUICIO, EN CASO DE QUE EN UNA EMERGENCIA NO SE PUEDA LOCALIZAR A NINGUNA PERSONA DE LAS AUTORIZADAS ANTERIORMENTE.

SIGNATURE / FIRMA

| HISTORY OF PRIOR ILLNESSES & APPROXIMATE DATES/ HISTORIA DE ENFERMEDADES ANTERIORES Y FECHAS APROXIMADAS. | YES/SI | NO | DATE/FECHA |
|--|--------|----|------------|
| Measles / Sarampión | | | |
| Ear aches / Dolor de oído | | | |
| Head aches / Dolor de cabeza | | | |
| Hepatitis / Hepatitis | | | |
| Mumps / Paperas | | | |
| Asthma / Asma | | | |
| Chicken Pox / Lechínia | | | |
| Epilepsy / Epilepsia | | | |
| Intestinal Parasites/ Parásitos | | | |
| Diabetes / Diabetes | | | |
| TB Infection/ Tuberculosis | | | |
| Surgeries / Cirugías | | | |
| Allergies to medications / Alergia a medicamentos | | | |
| Allergies to Foods or other/ Alergia a comidas o otros | | | |
| Broken bones / Huesos rotos | | | |
| Hearing difficulties / Dificultades Auditivas | | | |
| Vision (corrective lenses) Lentes correctivos | | | |
| Seizures / Convulsiones | | | |
| Other / Otros | | | |

PLEASE EXPLAIN ANY YES RESPONSES ABOVE / *POR FAVOR EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA ANTERIORMENTE:*

PLEASE ATTACH COPY OF IMMUNIZATION RECORD.
POR FAVOR ADJUNTAR COPIA DEL CARNET DE VACUNACION.

HEALTH FORM:

DOES YOUR CHILD TAKE ANY MEDICATION? Yes/ Si _____ No/ _____
¿TOMA SU HIJO/A ALGUNA MEDICACION?

If yes, explain
Si es si, explique: _____

DOES YOUR CHILD HAVE A HEALTH CONDITION THAT SCHOOL PERSONNEL SHOULD KNOW ABOUT?
¿TIENE SU HIJO/A ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD DE LA CUAL EL PERSONAL DE LA ESCUELA DEBERIA SABER?
Yes/ Si _____ No _____
If Yes, explain / *Si es Si, por favor explique* _____

DEVELOPMENTAL INFORMATION:

WERE THERE ANY COMPLICATIONS IN THE PRE-NATAL, DELIVERY, OR POST-NATAL PERIODS? *¿TUVO ALGUNA COMPLICACION PRENATAL, EN EL PARTO O EN EL POST PARTO?*

Yes/Si _____ No _____

If Yes, explain / *Si es Si, por favor explique* _____

DOES YOUR CHILD PRESENT ANY SLEEPING OR EATING PROBLEMS? *¿SU HIJO/A HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA DURMIENDO O COMIENDO RECIENTEMENTE?*

Yes/ Si _____ No _____

If Yes, explain / *Si es Si, por favor explique* _____

HAS YOUR CHILD SEEN (A) SPECIALIST(S) FOR EMOTIONAL, BEHAVIORAL OR PSYCHOLOGICAL REASONS?
PLEASE, EXPLAIN:
*¿SU HIJO/A HA VISITADO ALGÚN ESPECIALISTA DE DESARROLO EMOCIONAL, CONDUCTUAL O PSICOLÓGICO?
POR FAVOR EXPLIQUE:*

PARENTS' CONCERNS, SPECIAL HEALTH PROBLEMS, IMPORTANT FAMILY MEDICAL INFORMATION /
PREOCUPACIONES DE LOS REPRESENTANTES, PROBLEMAS ESPECIFICOS DE SALUD, HISTORIA MÉDICA FAMILIAR IMPORTANTE.

INFORMATION GIVEN BY
INFORMACIÓN OTORGADA POR: _____

SIGNATURE / FIRMA

DATE/ FECHA _____