



# 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](mailto:monica-crespo@qsi.org) / [liseth-guarino@qsi.org](mailto:liseth-guarino@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/ FECH \_\_\_\_\_