



Saint Joseph School
School Registration & Health Form (Formulario de Inscripción y Salud)
School Year (Año Escolar) 20__ - 20__

2 Photos 2x2

Date (Fecha) _____ Grade Applying for (Grado a Cursar) _____

Student Information (Información del Estudiante)

Last Names (Apellidos) _____ Name (Nombre) _____

Nationality (Nacionalidad) _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento [d/m/a]) _____

Age (Edad) _____

Home Address (Dirección Hogar) _____

Home Telephone (Teléfono Hogar) _____

Lives with (Vive con): Mother (Madre) ____ Father (Padre) ____ Both (Ambos) ____ Other (Otros): _____

Siblings (Hermanos/as):

Name (Nombre) _____ Age (Edad) _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____

Father's Information (Información del Padre)

Father's Name (Nombre del Padre) _____

Nationality (Nacionalidad) _____ ID or Passport (Cédula o Pasaporte) _____

Profession (Profesión u Oficio) _____ Highest Degree Earned (Títulos Obtenidos) _____

Workplace (Lugar de Trabajo) _____

Home Address (Residencia) _____

Telephones (Teléfonos): Home (Residencia) _____ Work (Trabajo) _____ Mobile (Celular): _____

E-mail: _____

Mother's Information (Información de la Madre)

Mother's Name (Nombre de la Madre) _____

Nationality (Nacionalidad) _____ ID or Passport (Cédula o Pasaporte) _____

Profession (Profesión u Oficio) _____ Highest Degree Earned (Títulos Obtenidos) _____

Workplace (Lugar de Trabajo) _____

Home Address (Residencia) _____

Telephones (Teléfonos): Home (Residencia) _____ Work (Trabajo) _____ Mobile (Celular): _____

E-mail: _____

STUDENT HEALTH INFORMATION (INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE)

1. **Blood Type** (Tipo de Sangre): _____

2. **Illnesses / Accidents during childhood:** (Enfermedades/Accidentes durante la infancia)

Edad (Age) Illness (Enfermedad) Accidents (Accidentes)

Edad (Age)	Illness (Enfermedad)	Accidents (Accidentes)

3. **Does your son/daughter ...** (¿Su hijo/a...)

3.1 wear glasses? (usa lentes?) Yes (Si) No

3.2 have any special health condition? (tiene alguna condición de salud especial?) Yes (Si) No

Specify (Especifique): _____

3.3 take regular medication? (toma algún medicamento con regularidad?) Home (Casa) School (Colegio)

Medication Name (Nombre del medicamento) _____

Illness (Enfermedad) _____

Note: Students requiring medication at school must have a written physician's order. (Nota: Los estudiantes que requieren medicamentos en el Colegio deben traer una indicación del pediatra).

4. **Is the student allergic to...** (¿Es el estudiante alérgico...)

4.1 any medication? (a algún medicamento?) Yes (Si) No

Specify (Especifique): _____

4.2 any food? (a algún alimento?) Yes (Si) No

Specify (Especifique): _____

5. **I authorize the following medications to be given by the nurse, if necessary.** (Autorizo a que los siguientes medicamentos sean suministrados por la enfermera, si es necesario).

Acetaminophen Anti-Inflammatory Anti Acid

Antihistamine Cold medicine (Medicina de gripe)

Asthma Inhaler Other (Otra): _____

6. **Student's Physician** (Pediatra) _____

Contact Numbers (Números de Contacto) _____

Authorized person(s) to pick up student (Persona(s) autorizada(s) a recoger el estudiante):

Name (Nombre)	Telephones (Teléfonos)	Relation (Parentesco)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

In case of emergency, please contact (En caso de emergencia favor contactar):

Nombre (Name) _____

Address (Dirección) _____ Telephones (Teléfonos) _____

Relation to child (Parentesco) _____ Mobile (Celular) _____