

Académie Ste. Cécile International School
925 Cousineau Rd. Windsor, Ontario, Canada N9G 1V8
 Tel. 1-519-969-1291 - Fax. 1-519-969-7953

Medical History Form – Historia Clínica

(to be filled out by parents of applicant – para ser llenada por los padres del solicitante)

Name Nombre	MiddleName Segundo nombre	Last Name Primer Apellido			
Address Dirección	Street Calle	Number Número	City Ciudad	Country País	Tel. Tel.
Birthdate Fecha de nacimiento	Month Mes	Day Día	Year Año		

1. a) Underline the childhood diseases you have had:
 Subraye las enfermedades que haya tenido durante su infancia
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Smallpox - Viruela | Whooping cough – Tos ferina | Scarlet Fever – Fiebre escarlatina |
| Chickenpox - Varicela | Measles – Sarampión | |
| Mumps - paperas | German measles - Rubeola | |
- b) Explain any handicaps resulting from these – Explique si alguna de estas enfermedades ha ocasionado alguna incapacidad mental o física:

2. Underline any of the following that you have had – Subraye si ha padecido lo siguiente:

<i>Infections</i>	<i>Operations - Operaciones</i>	<i>Chronic Disorders or conditions – Padecimientos Crónicos</i>
Appendicitis - Apendicitis	Appendectomy - apendectomía	Digestive - Digestivo
Hepatitis – Hepatitis	Bone Refractions – Fractura de huesos	Urinary – Aparato urinario
Colitis - Colitis	Mastectomy - mastectomía	Glandular - Glandular
Osteomyelitis – Osteomielitis	Hernia - Hernia	Hearing - Oído
Pneumonia - Neumonía	Tonsilectomy - Amigdalotomía	Heart - Corazón
Polio - Poliomiélitis	Others – otras _____	Mental - Mental
Rheumatic Fever – Fiebre reumática	_____	Vision - Visión
Smallpox - Viruela		Skin - Epidermis
Tonsillitis - Amigdalitis		Allergy - Alergias
Typhoid - Tifoidea		Muscular - Muscular
Typhus - Tifo		Nervous – Sistema nervioso
Tuberculosis - Tuberculosis		Nose & Throat – Nariz y garganta
Malaria - Malaria		Asthma - Asma
Others - Otras _____		Dermatitis - Dermatitis
_____		Sunstroke - Insolación
		Others - Otros _____

Please give detailed information regarding any of the above ailments you have had (dates, duration, effects, medications) – Por favor, registre detalladamente los padecimientos que haya tenido, con fechas, duración, medicamentos y tratamientos seguidos

Note carefully any allergies and their precautions and medications – Registre con claridad alergias y los cuidados y medicamentos requeridos: _____

3. Have you been hospitalized in the past 5 years? If so, explain – se le ha hospitalizado en los últimos 5 años? Si es así, explique:

4. Has any member of your immediate family (grandparents, parents, siblings) had – Alguno de los miembros de su familia (abuelos, padres o hermanos) ha sufrido :

Diabetes _____ Tuberculosis _____

5. Immunizations, number of times administered and the date of the last vaccinations – Vacunas, número de dosis y fechas:
- | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------|
| DPT / TD – Difteria y/o tifoidea | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | _____ |
| Polio – Polio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | _____ |
| Measles - Sarampión | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | _____ |
| German Measles - Rubéola | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | _____ |
| Mumps - Paperas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | _____ |

**To be completed by a licensed physician following his examination of the applicant:
Para ser llenada por un médico luego de una evaluación al solicitante:**

1. Age - Edad _____ Height - Estatura _____ Weight - Peso _____ Sex – Sexo _____ Pulse - Pulso _____
Blood Type – Tipo de sangre _____ Respiration – Respiración _____ Blood Pressure – Presión _____

2. Is there any present evidence of the following – Existe algún indicio de:

Diabetes - Diabetes _____ Anemia – Anemia _____ Epilepsy - Epilepsia _____
Rheumatic heart - Reumatismo _____ Hernia - Hernia _____ Mental disorder – Enfermedades mentales _____
Hepatitis - Hepatitis _____ Tuberculosis - Tuberculosis _____ Communicable Diseases – Enfermedades contagiosas _____

3. Any present disorder, atrophy, or abnormality of – presenta alguna atrofia, desorden o anomalía:

Vision - Visión _____ Digestive Tract – Aparato digestivo _____ Hearing - Escucha _____
Heart - Corazón _____ Nose or throat – Nariz o garganta _____ Abnormal Organs – Organos abdominales _____
Skin - Piel _____ Respiration Tract – Aparato respiratorio _____ Muscular System – Sistema muscular _____
Blood - Sangre _____ Bones/joints – huesos/articulaciones _____ Nervous System – Sistema nervioso _____
Bed wetting – Enurecia _____ Tonsils & adenoids – Amígdalas y adenoides _____ Circulation System – Sistema circulatorio _____

4. Comments or recommendations – Comentarios y recomendaciones:

5. Describe any loss of members, atrophies or abnormalities – Describa alguna amputación, artroplasias o anomalías _____

6. Describe any prominent birthmarks – Describa marcas de nacimiento _____

7. Describe any treatment given to this applicant in the past 12 months – Indique algún tratamiento recibido en el último año _____

8. Does the applicant show any signs of nervous, mental or emotional abnormality (frequent nightmares, , sleep walking, nervous fatigue, moodiness, enureals, etc. – Presenta el solicitante síntomas de alteración nerviosa, mental o emocional como pesadillas, sonambulismo, fatiga nerviosa, depression, enurecia? _____

9. Do you recommend that the applicant have any limitation of physical activity during this stay? – Sugiere alguna restricción en actividades físicas durante su estadía en la Escuela? _____

10. Please list any prescribed medications, injections, vitamins, precautions or treatment for allergic reactions – Enumere los medicamentos, inyecciones, vitaminas, precauciones o tratamientos que el solicitante deba seguir en caso de reacciones alérgicas: _____

11. In your opinion what is the general condition of this applicant's health – En su opinión, cómo es el estado de salud del solicitante?:

Excellent - Excelente _____ Good – Bueno _____ Fair – Regular _____ Poor – Malo _____

Name of Physician – Nombre del médico: _____

Address – Dirección _____ City – Ciudad _____ Country - País _____ Tel. _____

Date of Examination – Fecha del examen: Month- Mes _____ Day- Día _____ Year – Año _____

SIGNATURE - FIRMA