

**MEDICAL INFORMATION FORM**  
**INFORMACION MEDICA**

**STUDENT NAME/NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**

\_\_\_\_\_

**NAME OF FAMILY DOCTOR/MEDICO DE LA FAMILIA:**

\_\_\_\_\_

**DOES YOUR CHILD HAVE ANY MEDICAL PROBLEM OR  
CONDITION? PLEASE EXPLAIN AND CHECK/SU HIJO TIENE  
ALGUN PROBLEMA DE SALUD? POR FAVOR MARQUE EL QUE  
CORRESPONDA Y EXPLIQUE:**

- |                               |                                |                                     |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Allergy | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Heart Problem |
| <input type="radio"/> Asthma  | <input type="radio"/> Epilepsy | <input type="radio"/> Other         |



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IS YOU CHILD TAKING ANY MEDICATION? IF YES, WHAT  
TYPE/NAME OF MEDICINE/SU HIJO TOMA ALGUNA  
MEDICINA? SI TOMA MEDICINA DIGA SU NOMBRE Y EL USO:**

\_\_\_\_\_

**IN CASE OF ANY EMERGENCY PLEASE NOTIFY/EN CASO DE  
EMERGENCIA A QUIEN SE PUEDE AVISAR:**

**NAME/NOMBRE** \_\_\_\_\_

**PHONE/TELEFONO** \_\_\_\_\_