

City School District of Albany/Distrito escolar de la ciudad de Albany
BUREAU OF HEALTH AND PHYSICAL EDUCATION /OFICINA DE LA SALUD Y DE LA EDUCACIÓN FÍSICA
HEALTH HISTORY AND REGISTRATION/HISTORIA DE LA SALUD Y MATRÍCULA

SCHOOL/ESCUELA _____

DATE/FECHA _____

GRADE ENTERING/ GRADO SE ENTRA _____

The information you provide on this form will become part of your child's Permanent Health Record. To protect your child and to help the District to appropriately respond to the health needs of your child, please answer all questions on **BOTH** sides of the form. **A certificate of immunization must be attached to this registration.**

*La información que provee en esta forma va formar parte de informe permanente de la salud. Para proteger su niño/a y de ayudar el distrito to responder a las necesidades de su niño/a en cuanto a la salud, favor de contestar todos las preguntas en **AMBOS** lados de esta forma. **Un certificado de vacunas tiene que acompañar este formulario de matriculación.***

Child's Name (Last, First) / Nombre y apellido del niño/a _____

Sex/género _____

Date of Birth/ fecha de nacimiento _____

Child's Address (No. and Street - Apt. No. - Zip Code) *Dirección del niño/a (# y calle, # de apto, código postal)* _____

Telephone Number/s/ #s de teléfono _____

Father *Padre* _____

Mother *Madre* _____

Father's Home and Work Telephone Nos. _____ / _____
#s de teléfono de casa/trabajo del padre

Mother's Home and Work Telephone Nos. _____ / _____
#s de teléfono de casa/trabajo de la madre

Emergency Contact (Name, Relationship, Phone #) / *Contacto de emergencia (Nombre, Relación con el estudiante, y # de teléfono)* _____

Emergency Contact (Name, Relationship, Phone #) / *Contacto de emergencia (Nombre, Relación con el estudiante, y # de teléfono)* _____

School Last Attended/ *última escuela que asistió* _____ Albany Public Schools Attended/ *escuelas que asistió en el distrito de Albany*

Health Care Provider/ *Médico/proveedor de servicios médicos* _____ Last Physical Examination/ *fecha aproximada de la última examen médico*

Dentist/ *Dentista* _____ Approximate Date of Last Dental Examination/ *fecha aproximada de la última examen dental*

Insurance Information/Información de Seguros:

Health Plan/*Plan de Salud*: _____ ID/CIN # _____ Group/*Grupo* # _____

BROTHERS AND SISTERS/HERMANOS Y HERMANAS:

<i>Name/Nombre</i>	<i>Date of Birth/ Fecha de nacimiento</i>	<i>Grade/School Grado/Escuela</i>
_____	_____	_____ / _____
_____	_____	_____ / _____
_____	_____	_____ / _____

Note: For the safety and wellbeing of your child, you must be accessible in the event of illness or injury. Notify the school immediately if any of the emergency numbers or contacts you provided above change. It is not in the best interest of an ill or injured child to be maintained indefinitely at school. Parents must pick up their child when the child is ill or injured. If parents are unable to do so, they must designate a responsible adult to pick up and attend to their child.

Nota: *Para la seguridad y bienestar de su niño/a, usted tiene que estar accesible en el evento de que haya enfermedad o herido. Notifique la escuela inmediatamente si algunos de los números de contactos de emergencia indicada arriba se cambie. No está en el mejor interés de un niño/a enfermo o herido de quedarse indefinitivamente en la escuela. Los padres tienen que recoger su niño/a cuando está enfermo o herido. Si los padres no pueden hacerlo, tienen que designar un adulto responsable a recoger su niño/a y a atender su niño.*

AL OTRO LADO ♦♦

If your child has had any of the following health problems or diseases, please check below and comment when necessary.

Si tu niño/a ha tenido alguno(s) de los siguientes problemas con la salud o enfermedades, favor de indicar abajo y comentar si es necesario.

HEALTH HISTORY/Historia de la salud	COMMENT/Comentario
Allergies/Alergias	
Asthma/Asma	
Blood Disorders/Problemas con la sangre	
Bone/Joint Muscle Problems /Problemas con hueso/coyuntura/músculo	
Chicken Pox/Varicela/Viruela	
Chronic Ear Infections/Infecciones crónicas del oído	
Diabetes/ Diabetes	
Hearing Loss/Pérdida del oído	
Heart Disease or Murmur /Enfermedad del corazón/soplo cardíaco	
Hepatitis/ Hepatitis	
Lead Level/Elevated Nivel de plomo elevado	
Mono/Mono	
Operations/Hospitalizations/Cirujía/Hospitalizaciones	
Scarlet Fever/Strep Fiebre escarlatina/Infección Estreptococcal	
Seizures/Ataques	
Serious Injuries/Heridas serias	
Sickle Cell Disease/Célula falciforme	
Speech Problems/Problemas con lengua y habla	
Tuberculosis/Tuberculosis	
Vision Problems/Problemas con la vision	
Other Health Issues/Otros problemas con la salud	

Were there any complications during the pregnancy of this child? _____. If so, please describe. _____
 ¿Hubieron algunas complicaciones durante el embarazo de este niño/a? Sí es así, favor de describirlas.

What was the length of the pregnancy? _____ What was your child's birth weight? _____
 ¿Cuánto tiempo duró el embarazo? ¿Cuánto peso su hijo cuando nació?

Were there any complications during the birth of this child? _____. If so, please describe. _____
 ¿Hubieron algunas complicaciones durante el parto de este niño/a Sí es así, favor de describirlas.

Does your child take any regular medications? If so, please list. _____
 ¿Está tomando algunas medicinas tu niño/a? Favor de anotarlas

Does your child have any social or emotional problems that may impact his/her ability to learn and socialize in school? _____

If so, please explain. _____
 ¿Tiene algunos problemas sociales o emocionales tu niño/a que puede afectar su aprendizaje o socialización en la escuela? Favor de explicar

New York State Education Law requires all new entrants and students in Pre-K or K, 2nd, 4th, 7th and 10th grades to have a physical exam. If a physical form is not returned to school before our school physicians come for physicals, your child will have a health appraisal in school. Bajo la ley de educación del estado de Nueva York (incluyendo los niños entrando en Pre-K y Kindergarten) todos los nuevos estudiantes que ingresan en 1er, 3er, 7mo and 10mo grados tienen que tener un examen médico. Si un examen médico no está devuelto a la escuela antes de que venga el médico de la escuela para hacer exámenes, su niño/a va a recibir un examen médico en la escuela

Your signature authorizes health office personnel to share health related information with appropriate school staff when that information is necessary to insure the health and safety of your child.
 Su firma autoriza que la oficina personal de salud comunica información relacionado con medico o de salud con los personale apropiado de la escuela. Estoy es solamente si la información medical es necesaria para asegura la salud y seguridad de su higo/a.

Parent/Guardian Signature/ Firma del padre/guardián _____

Date/ Fecha _____