



COCHABAMBA COOPERATIVE SCHOOL  
 COCHABAMBA - BOLIVIA  
 Phone 4490605 - Fax 4490609

Today's Date  
    
 Month Day Year

**MEDICAL INFORMATION**

To be completed by parent or guardian / *Debe ser llenado por los padres o apoderados.*

Last Name  Birth Date    Sex  M  
*Apellido Fecha de Nacimiento Sexo*  F

First Name  Grade   
*Nombre Curso*

Home Phone # (Número telefónico) \_\_\_\_\_

Father's Work \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_  
*(Lugar de Trabajo del padre)*

Mother's Work \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_  
*(Lugar de Trabajo de la Madre)*

Person to call in case of emergency \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_  
*(En caso de emergencia llamar a)*

Doctor's Name \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_  
*(Nombre de su doctor)*

**Medical History / Historia Médica**

	Date / Fecha		Date / Fecha		Date / Fecha		Date / Fecha
Anemia		Heart Disease / Enfermedad del corazón		Rheumatic Fever / Fiebre Reumática		Asthma or allergies / Asma o alergias	
ChickenPox/ Varicela		Measles/ Sarampion		Tuberculosis		Frequent colds & sore throat / Frecuentes resfrios y garganta	
Diabetes/ Diabetes		Mumps / Paperas		Contact w/TBC / Contacto con TBC		Premature Birth / Prematura	
Epilepsy / Epilepsia		Nephritis / Nefritis		Ear condition / Enfermedad del oido		Congenital defects / Defectos congénitos	
German Measles/ Rubéola		Pneumonia/ Pulmonia		Bee Sting / Picadura de aveja			

1. Does your child have any allergies; if so, what are they? *¿Padece su hijo(a) de alguna alergia? Si es así, ¿Cual es?*

2. Is your child on long term allergy medication; if so, what kind? *¿Debe su hijo(a) tomar algún medicamento por largo tiempo? Si es así, dé las indicaciones.*

3. Does your child have any specific illness or behavior problem, which in your opinion, affects his/her school performance or that the school should be aware of? *¿Padece su hijo (a) alguna dolencia específica, o tiene problemas de conducta, los cuales ensu opinion, puedan afectar su trabajo escolar, que el colegio deba conocer?*

4. Do you have any concerns about your child's health? Eating, sleeping habits, posture, teeth, menstruation, weight, hearing, speech, eye problems, headaches? / *¿Tiene alguna preocupación acerca de la salud general de su hijo(a)? (Hábitos de comida, sueño, postura, dentadura, menstruación, peso, habla, oído, vista, dolores de cabeza)*

5. Has your child had a serious operation or injury we should know about? / *¿Ha tenido su hijo(a) alguna operación seria, o sufrido alguna herida de la que debamos saber?*

If your child needs to take medication at school, please notify the office. The medication will be safely stored and administered properly. All medication must be in an original container with complete instruction for dosage. / *Si su hijo(a) debe tomar un medicamento en el colegio, le agradeceremos notificar a la oficina, donde el medicamento será guardado, y la dosis a ingerirse será supervisada.*

---

In case of emergency, CCS will provide initial emergency care as required and call parents immediately. If CCS cannot locate parents and the situation demands further immediate medical attention, CCS will call the designated family doctor and provide for emergency transportation. *En caso de emergencia, CCS proporcionará la atención inicial de emergencia de acuerdo a la necesidad e inmediatamente contactará a los padres. Si CCS no puede localizarlos y la situación requiere de más atención médica, llamaremos a su doctor y proveeremos transporte de emergencia.*

---

Parent or guardian's signature / *Firma del padre o apoderado*