Uruguayan American School

Saldún de Rodríguez 2375, Carrasco. C.P. 11500
Montevideo, Uruguay | (598) 2600 7681
www.uas.edu.uy

FORM E

STUDENT HEALTH INFORMATION

This form must be fully completed by parents and submitted with an up-to-date Immunization Report. These documents will be filed in the UAS Nurse's office.

Student's Last Name: _____ First: _____
Date of Birth: _____ /_____ /_____ (DD/MM/YYYY) Sex: ☐ Female ☐ Male

Emergency situation: Please, list two persons that can assume responsibility for your son/daughter in case of accident or disease during school hours if you are not available.
Full Name: _____ Home Phone: _____ Cellular Phone: _____
Full Name: _____ Home Phone: _____ Cellular Phone: _____

Health Coverage
If necessary, which hospital should the student be taken to? _____
If none is selected, our Emergency Medical Service (EMS) will take the student to the British Hospital. EMS is provided according to the student health condition.

Student's Health History
Specify **IF** your son/daughter has ever had any of the following:

- ☐ Asthma Infectious Disease (chickenpox, hepatitis, others) _____
- ☐ Adverse/allergic reaction to medication, food, insect bites. _____
- ☐ Surgical procedures (appendicitis, tonsillectomy, hernias,others). _____
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Atopic dermatitis (eczema)
- ☐ Fractures _____
- ☐ Lactose intolerance
- ☐ Celiac Disease (gluten-sensitivity enteropathy)

Relevant Family Health History (parents, siblings)
Specify: _____

Does this student take regular medication? ☐ Yes ☐ No

If yes, please specify the following: Name of medication(s): _____
Dosage: _____ Frequency: _____ Reason for medication: _____

Please list any other health conditions which the school should be aware of: _____

_____

Special considerations (for instance, dietary habits): _____

According to Uruguayan law, in order to participate in physical education, after school activities and field trips, we need one of the following documents: (Please check document attached):

☐ UAS Form F ☐ Signed doctor's note ☐ Government issued Health Card

Father's Name: _____ Father's Signature: _____
Mother's Name: _____ Mother's Signature: _____
Date: ____ /____ /____ (DD/MM/YYYY)

FORMA E

INFORMACION CLINICA SOBRE EL ALUMNO

Este formulario deberá ser completado por los padres y entregado junto con el Certificado de Vacunación vigente. Estos documentos se archivarán en la Oficina de la Nurse del UAS.

Alumno. Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ /_____ /_____ (Día/Mes/Año) Sexo: ☐F ☐M

Emergencias: Seleccione dos personas que se responsabilicen por su hijo/a en caso de accidente o enfermedad cuando Ud. no se encuentre disponible durante el horario de clase.
Nombre completo: _____ Tel. particular: _____ Celular: _____
Nombre completo: _____ Tel. particular: _____ Celular: _____

Seguro Médico
Si fuera necesario, indique el hospital al que su hijo/a deba ser trasladado/a_____
De no haber indicación nuestro servicio médico de emergencia móvil lo trasladará al Hospital Británico. Dicho servicio se contactará de acuerdo a la situación de salud del alumno lesionado o enfermo.

Historia Clínica
Marque y especifique **SI** hubiera comentarios al respecto:

- ☐ Asma
- ☐ Enfermedades infecciosas (varicela, hepatitis, otras) _____
- ☐ Reacción alérgica a medicación, alimentos, picaduras de insectos. _____
- ☐ Cirugías (apendicitis, amígdalas, hernias, otras) _____
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Dermatitis tópica (eczema)
- ☐ Fracturas _____
- ☐ Intolerancia a la lactosa
- ☐ Enfermedad celíaca (sensibilidad al gluten)

Antecedentes relevantes de la historia clínica familiar (padres, hermanos)

Especifique_____

¿Su hijo recibe medicación regularmente? ☐Sí ☐No
En caso afirmativo, por favor especifique: Nombre de la medicación: _____
Dosis: _____ Frecuencia: _____ Motivos: _____

Por favor, mencione cualquier otra información de salud que la escuela necesite estar notificada:
_____
Consideraciones especiales (por ejemplo hábitos alimenticios):_____

De acuerdo con las normativas del Uruguay, para poder participar en educación física, actividades extracurriculares y paseos didácticos, el colegio necesita uno de los siguientes documentos:

☐ Formulario F del UAS ☐ Certificado médico ☐ Carné de Salud

Nombre del padre: _____ Firma: _____
Nombre de la madre: _____ Firma: _____
Fecha: ____ /____ /____ (Día/Mes/Año)