



LINCOLN

Fecha:.....

WELLNESS CENTER FORMULARIO DE FAMILIA 2026-2027

Nombre completo del alumno/a: Grado: Sexo: M () F ()
Cobertura médica: No () Si () Empresa: Credencial No.

Contactos de EMERGENCIA

Ante la imposibilidad de contactar a los padres, se autoriza llamar a los siguientes contactos en ARGENTINA:

Nombre.....Vínculo con el niño.....Tel

Nombre.....Vínculo con el niño.....Tel.....

HISTORIA DE SALUD DEL ALUMNO

1. Marque SI o NO según corresponda en las siguientes condiciones de salud. Si marca SÍ, detalle las condiciones seleccionadas de su hijo/a.

Dermatológica	SI / NO	Motriz	SI / NO
Cardíacas	SI / NO	Alergia	SI / NO
Metabólica	SI / NO	Cognitiva	SI / NO
Respiratoria	SI / NO	Salud mental	SI / NO
Auditiva	SI / NO	Otra:	
Visual	SI / NO	Otra:	
Digestiva	SI / NO	Otra:	

Detalle de las condiciones seleccionadas:

.....
.....
.....

2. ¿Su hijo/a toma alguna medicación diaria o con frecuencia? No () Si () En caso de Si, por favor especifique.

Diagnóstico:Medicación:.....Dosis:

NOTA: Los enfermeros de Asociación Escuelas Lincoln no prescriben o brindan medicación a los alumnos. Si su hijo/a necesita tomar alguna medicación durante el periodo escolar, deberá enviarla junto con una prescripción médica que indique claramente el horario y la dosis de administración.

3. **Adjuntar 'Certificado Médico de Buena Salud'.** Todos los alumnos deberán entregar el apto físico al inicio de cada año escolar (Independientemente de realizar o no actividad física). Los alumnos **no** podrán realizar educación física ni participar de salidas escolares hasta presentar el certificado.

4. **Adjuntar 'Certificado Bucodental'.** Todos los alumnos deberán entregar el certificado bucodental al inicio de cada año escolar.

5. **Certificados de vacunación:** Adjunte los certificados de las vacunas recibidas por su hijo/a, en español o en inglés, según corresponda. Si se encuentra en otro idioma, deberá entregar una traducción de la misma.

Al firmar este documento, autorizo a las autoridades escolares a tomar decisiones, según su criterio profesional, sobre el estado de salud de mi hijo/a. Ante cualquier urgencia sanitaria, el padre/madre/tutor será contactado, nuestros enfermeros intervendrán y el servicio privado de emergencias médicas será contactado si se considera necesario. Autorizo a los enfermeros del colegio a compartir información sobre la salud de mi hijo/a con sus docentes si lo consideran necesario.

Nombre y apellido de padre/madre/tutor: DNI:

Nombre y apellido de padre/madre/tutor: DNI:

Firmas: /

Fecha:

Date:

WELLNESS CENTER FAMILY FORM 2026-2027

Student's full name: Grade: Gender: M () F ()

Medical Insurance: No () Yes () Provider: Assoc. No. :

EMERGENCY CONTACTS

1. We are authorized to call the following contacts in *ARGENTINA* in case we are not able to reach parents and/or guardians:

Name.....Relationship.....Tel.....

Name.....Relationship.....Tel.....

STUDENT'S HEALTH HISTORY

2. Circle YES or NO in accordance to characteristics in your child's health. If YES is circled, mention details of the condition below.

Dermatologic	YES / NO	Motor skills	YES / NO
Cardiac	YES / NO	Allergies	YES / NO
Metabolic	YES / NO	Cognitive	YES / NO
Respiratory	YES / NO	Mental health	YES / NO
Hearing	YES / NO	Other:	_____
Visual	YES / NO	Other:	_____
Digestive	YES / NO	Other:	_____

Details of health characteristics circled above:

.....

.....

.....

3. Does your child take any medication daily or occasionally? No () Yes () If yes, please specify.

Diagnosis:Medication:.....Dosage:

NOTE: The Nurses of Asociación Escuelas Lincoln do not prescribe or supply medication to students. If your child needs to take any medication during the school day, please send the medication together with a medical prescription to the clinic. Clearly state the drug's dosage and schedule. If your child becomes ill outside of school hours, your private physician should be contacted.

1. **Attach "Medical Health Certificate".** All students must submit this certificate at the beginning of every school year, regardless of their involvement in Physical Activities. Students cannot participate in PE/ASA or partake in school trips until this certificate is provided.
2. **Attach "Dental Health Certificate".** All students must submit this certificate at the beginning of every school year.
3. **Immunization Records: Attach all vaccination records in Spanish or English.** A translation should be provided if the document is in another language.

By signing **this form***, I authorize the school officials to take necessary action, in their judgment, for the health of my child. Parents/guardians will be notified immediately in case a health concern were to arise, our school nurses will intervene, and the school's private emergency health care provider will be contacted if deemed necessary. I authorize the school nurse to share information regarding health characteristics with my child's teacher(s) as deemed necessary.

***Please complete the Spanish version of the Wellness Center Family Form attached to this translation with parent/guardian NAME and LAST NAME, DNI, and SIGNATURE.**



LINCOLN

Para ser completado por el médico / *To be completed by medical doctor:*

**CONSTANCIA MÉDICA DE BUENA SALUD /
MEDICAL HEALTH CERTIFICATE**



LINCOLN

Fecha / Date.....

Dejo constancia que.....DNI..... de.....años de edad, ha sido examinado clínicamente y se encuentra en el día de la fecha en **buen estado de salud** para poder realizar actividades escolares: físicas, recreativas y competencias deportivas, que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo bajo supervisión de personal idóneo. / *I hereby certify that (student's name), identification number (ID) of (age) years old, has been medically examined and is currently in **good health** to perform school physical and recreational activities, and competitive sports (competitive swimming) according to his age and growth development supervised by suitable personnel.*

OBSERVACIONES/ *OBSERVATIONS:*

.....
.....
.....
.....

Firma y sello del médico/Doctor's signature and stamp

Se les recuerda que se debe presentar una nueva constancia médica de buena salud al principio del año escolar, para que esta sea válida durante la totalidad del ciclo lectivo 2026-2027. Los alumnos nuevos que vienen de otro país deben someter una constancia médica que puede ser completada en el último país de residencia. Sin embargo, deberán someter una constancia actualizada firmada por un médico matriculado en Argentina en el transcurso del primer mes desde que comienzan las clases en el Lincoln. / We'd like to remind you that you must present a new medical health certificate at the beginning of the school year for this document to be valid during the entirety of the 2026-2027 academic year. New students arriving from abroad should submit a medical health certificate that can be completed by a doctor from their last country of residence. However, they must submit the updated certificate completed by a doctor licensed in Argentina within the first month of attendance at Lincoln.



Para ser completado por el dentista / *To be completed by the dentist:*

LINCOLN

**CERTIFICADO BUCODENTAL /
DENTAL HEALTH CERTIFICATE**



Fecha / *Date*.....

**Certifico quede.....años
de edad, presenta estado bucal:**

BUENO ☐

REGULAR ☐

MALO ☐

**Se expide el presente certificado a pedido del interesado para ser presentado
ante las autoridades que lo requieran. / I hereby certify that (student's name) of
(age) years old has been medically examined and is currently in a state of **good
dental health.****

OBSERVACIONES/OBSERVATIONS:

.....

.....

.....

Firma y Sello del dentista/Dentist signature and stamp

**Se les recuerda que se debe presentar un nuevo certificado bucodental a principios del año escolar,
para que este sea válido durante la totalidad del ciclo lectivo 2026-2027. / We'd like to remind you that
you must present a new dental health certificate at the beginning of the school year for this document
to be valid during the entirety of the 2026-2027 academic year.**