

Admission Application / Solicitud de Nuevo Ingreso

STUDENT DATA/DATOS DEL ALUMNO

Application date/Fecha de solicitud: _____ **Applying for grade/**Grado a cursar: _____

Full name as it appears on birth certificate /Nombre completo según acta de nacimiento: _____

Last Name/Apellido Paterno _____ **Apellido Materno** _____ **First & Middle Name/**Nombres _____

Date of Birth (DMY)/Fecha de nacimiento (DMA) _____ **Sex/Sexo:** _____ **Place of birth/**Lugar de nacimiento _____

Nationality/Nacionalidad: _____ **First Language/**Lengua materna: _____

E-mail (4°-12°) _____

Lives with/Vive con: **Both parents** Ambos padres **Father** Padre **Mother** Madre **Other-Specify** Otro-Especifique _____

Home address, (in case student does not live with legal guardian.)/Dirección del alumno en caso de que no viva con el tutor: _____

MEDICAL RECORD/FICHA MÉDICA

Height/Estatura: _____ m **Weight/**Peso: _____ kg **Blood-type/**Tipo de Sangre: _____ **Uses Glasses/**Usa lentes: _____

Allergies/Alergias: _____

Should the parent be called before any medication is administered?: **Yes/Sí** **No**
¿Debemos llamar al padre antes de dar medicamentos?

Medication that parents approve in case of mild symptoms (headache, abdominal pain, allergies, flu, diarrhea.) Medicamentos que autorizan los padres para síntomas menores (dolor de cabeza, abdominal, alergias, catarro, diarrea)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clarityne/ Loratadina | <input type="checkbox"/> Advil, Motrin/ Ibuprofeno | <input type="checkbox"/> Ventolin/ Salbutamol-Albuterol |
| <input type="checkbox"/> Aspirin/ Ácido acetil salicílico | <input type="checkbox"/> Imodium/ Loperamida | <input type="checkbox"/> Naproxeno Sódico |
| <input type="checkbox"/> Tylenol, Tempra/ Paracetamol | <input type="checkbox"/> Buscapina/ Butilioscina | <input type="checkbox"/> Voltaren/ Diclofenaco |
| <input type="checkbox"/> Alka-seltzer | <input type="checkbox"/> Avapena tabletas | <input type="checkbox"/> Bonadoxina |
| <input type="checkbox"/> Syncol | <input type="checkbox"/> Melox | |

If your son/ daughter needs to take another kind of medication, please contact the School's Infirmary.
Si su hijo(a) acostumbra otro tipo de medicamento, por favor póngase en contacto con la Enfermería

If your son/ daughter has or has had any of the following please indicate. Provide us details about the condition. / Por favor indique si su hijo(a) ha tenido o tiene alguna de las siguientes enfermedades y dé detalles sobre la misma.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Measles/ Sarampión | <input type="checkbox"/> Kidney disease/ Enf. renales | <input type="checkbox"/> Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia/ Pulmonía | <input type="checkbox"/> Hemorrhages/ Hemorragias | <input type="checkbox"/> Neurologic Disfunction/ Enf. Neurológicas |
| <input type="checkbox"/> Convulsions/ Convulsiones | <input type="checkbox"/> Rubela/ Rubeola | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Mumps/ Paperas | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Cardiac dis./ Enf. Cardiacas |
| <input type="checkbox"/> Chickenpox/ Varicela | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Reumatic Fever/ Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Scalart fever/ Escarlatina | <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Respiratory including asthma/ Respiratorias, incluyendo asma |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Surgical procedures/ Intervenciones quirúrgicas | |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric Disorder/ Enf. Psiquiátrica | | |

Details/Detalles: _____

PARENT OR LEGAL GUARDIAN DATA/DATOS DEL TUTOR

Revised 10-11

Full Name as it appears on Birth Certificate / Nombre completo según acta de nacimiento

Last Name/Apellido Paterno _____ **Apellido Materno** _____ **First & Middle Name/Nombre(s)** _____

Home Address/Dirección: _____

Code/Código postal _____ **Street and Number/Calle y número** _____ **Neighborhood/Colonia** _____ **Zip** _____

City/Ciudad _____ **State/Estado** _____ **Home Phone/Teléfono** _____

Nationality/Nacionalidad _____ **Cell Phone/Teléfono Celular** _____ **e-mail** _____

Birth Date / Fecha de Nacimiento: _____

Education Level/Escolaridad

Bachelor's Degree **Master's Degree** **Ph. D.** **Other-Specify** _____
Licenciatura Maestría Doctorado Otros-Especifique

En: _____ **Major** _____ **Minor** _____

Place of Work/Lugar de trabajo: _____ **Position/Puesto:** _____

Address/Dirección: _____ **Phone/Teléfono:** _____

Business Activity / Giro de la Empresa: _____ **Business E-mail /** Correo del Trabajo: _____

JFK Alumni, Please specify year of graduation: _____

/En caso de ser exalumno especifique el año de graduación.

MOTHER'S DATA/DATOS DE LA MADRE

Full Name as it appears on Birth Certificate / Nombre completo según acta de nacimiento

Last Name/Apellido Paterno _____ **Apellido Materno** _____ **First & Middle Name/Nombre(s)** _____

Home Address/Dirección: _____

Code/Código postal _____ **Street and Number/Calle y número** _____ **Neighborhood/Colonia** _____ **Zip** _____

City/Ciudad _____ **State/Estado** _____ **Home Phone/Teléfono** _____

Nationality/Nacionalidad _____ **Cell Phone/Teléfono Celular** _____ **e-mail** _____

Birth Date / Fecha de Nacimiento: _____

Education Level/Escolaridad

Bachelor's Degree **Master's Degree** **Ph. D.** **Other-Specify** _____
Licenciatura Maestría Doctorado Otros-Especifique

En: _____ **Major** _____ **Minor** _____

Place of Work/Lugar de trabajo: _____ **Position**/Puesto: _____

Address/Dirección: _____ **Phone**/Teléfono: _____

Business Activity / Giro de la Empresa: _____ **Business E-mail** / Correo del Trabajo: _____

JFK Alumni. Please specify year of graduation: _____
/En caso de ser exalumno especifique el año de graduación.

OTHER'S CONTACTS/OTROS CONTACTOS

Two persons to contact in case of emergencies/Dos personas de confianza para emergencias:

1. Name/Nombre: _____ **Phone**/Teléfono: _____ **Relationship** /

Parentesco:

2. Name/Nombre: _____ **Phone**/Teléfono: _____ **Relationship** /

Parentesco:

Family Doctor/Médico Familiar: _____ **Phone**/Teléfono: _____

