

PASIG COMMUNITY SCHOOL FOUNDATION INC.
25 M. Suarez Avenue, San Miguel Pasig City 1600

STUDENT MEDICAL INFORMATION

SCHOOL YEAR _____

TO THE PUPIL AND PARENT/GUARDIAN: Write legibly all information required.
学生,家长/监护人:请清楚地写下所需的所有信息

Last Name 姓	First Name 名	Middle Name 母性	Chinese Name 中文姓名
Date of Birth 出生日期	Place of Birth 出生地	Sex 性别 Male 男 Female 女	Nationality 国籍
Blood Type 血液		Condition at Birth 出生时的状况	
Home Telephone 联系电话	Mobile Number 手机号码	Religion 宗教	Church 教会

Parent Details 家庭资料

	Father 父亲	Mother 母亲
Name 姓名		
Mobile No. 手机号码		
Email Address 电邮地址		

In Case of Emergency 紧急情况下

Person to Contact 联系人		
Mobile Number 手机号码		
Home Address 家庭住		

Known Conditions, Allergies, and Previous Surgeries 已知条件, 过敏, 和 以前的手术

Date 日期	Details 详情

Medications 药物

Vaccines 疫苗 Date Given 给出的日期 or
 attach photocopy of Baby Book Vaccination Records 附上复印件的 疫苗接种记录

BCG			
Hepatitis B			
DPT - Diphtheria-Pertussis-Tetanus			
OPV - Oral Polio Vaccine			
PCV - Pneumococcal Conjugate Vaccine			
IPV - Inactivated Polio Vaccine			
MMR - Measles, Mumps, Rubella			
Chickenpox Vaccine			
COVID-19 Vaccine			
Others, pls specify			

 Parent's Signature 家长签名

 Date 日期