



# ADMISSION APPLICATION SOLICITUD DE ADMISIONES

## 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 (6°-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 we contact you before we administer medication to your child? / ¿Debemos llamar al padre antes de dar medicamentos?  
Yes/Sí  No / No

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 proporcione 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/<br>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"/> Rheumatic Fever/Fiebre reumática                                |
| <input type="checkbox"/> Scalart fever/Escarlatina                 | <input type="checkbox"/> Hernias  | <input type="checkbox"/> Respiratory including asthma/<br>Respiratorias, incluyendo asma |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                              | <input type="checkbox"/> Surgical procedures/<br>Intervenciones quirúrgicas |  |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric Disorder/Enf.<br>Psiquiátrica |   |  |

Details/Detalles: \_\_\_\_\_

## FATHER'S DATA / DATOS DEL PADRE

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: \_\_\_\_\_  
Street and Number/Calle y número \_\_\_\_\_ Neighborhood/Colonia \_\_\_\_\_ Zip Code/Código postal \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Street and Number/Calle y número \_\_\_\_\_ Neighborhood/Colonia \_\_\_\_\_ Zip Code/Código postal \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Home Phone/Teléfono \_\_\_\_\_

Nationality/Nacionalidad \_\_\_\_\_ Cell Phone/Teléfono Celular \_\_\_\_\_ e-mail/ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

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 people 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: \_\_\_\_\_