Annual Health and Medical Record
Registro Médico y de Salud Anual
Part A/Parte A

High-adventure base participants:
Participantes en la base de aventura extrema:
Expedition/crew No.
Expedición/grupo no.: _____
or staff position
o puesto fijo: _____

GENERAL INFORMATION/INFORMACIÓN GENERAL

Name (Nombre) _____ Date of birth (Fecha de nacimiento) _____ (MM/DD/Year) - (MM/DD/Año) Age (Edad) _____ ○ Male (Masculino) ○ Female (Femenino)

Address (Domicilio) _____ Grade completed (youth only) (Grado escolar completado (sólo niños)) _____

City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip (Código postal) _____ Phone No. (No. telefónico) _____

Unit leader (Líder de la unidad) _____ Council name/No. (Nombre y no. del concilio) _____ Unit No. (No. de unidad) _____

Social Security No. (optional; may be required by medical facilities for treatment) (No. de Seguro Social (opcional; puede ser solicitado por las instalaciones médicas para brindar tratamiento)) _____ Religious preference (Preferencia religiosa) _____

Health/accident insurance company (Compañía de seguro médico/accidental) _____ Policy No. (No. de póliza) _____

ATTACH A PHOTOCOPY OF BOTH SIDES OF INSURANCE CARD. IF YOU DO NOT HAVE MEDICAL INSURANCE, ENTER "NONE" ABOVE.
ANEXAR UNA FOTOCOPIA DE AMBOS LADOS DE LA TARJETA DEL SEGURO. SI USTED NO TIENE SEGURO MÉDICO, ESCRIBA "NINGUNO."

In case of emergency, notify/En caso de emergencia, notificar a:

Name (Nombre) _____ Relationship (Parentesco) _____

Address (Domicilio) _____

Home phone (Teléfono de casa) _____ Business phone (Teléfono de oficina) _____ Mobile phone (Teléfono móvil) _____

Alternate contact name (Nombre de contacto alterno) _____ Alternate's phone (Teléfono del contacto alterno) _____

HEALTH HISTORY/HISTORIAL MÉDICO

Do you currently have, or have you ever been treated for any of the following?
¿Tiene actualmente, o ha tenido alguna vez los siguientes?

Please fill in the bubbles as indicated below:
Por favor rellene los círculos tal como se indica a continuación:
Incorrect (Incorrecto): ✓ ✗ ◒ Correct (Correcto): ●

Yes/Sí	No/No	Condition/Padecimiento	Explain/Explique
○	○	**Asthma** (Asma) **Last attack:** (MM/YY) (Último ataque: (MM/AA)) ___ / ___	
○	○	**Diabetes** (Diabetes) **Last HbA1c:** (Percentage) (Última HbA1c: (Porcentaje)) ___ . ___ %	
○	○	**Hypertension (high blood pressure)** Hipertensión (presión alta)	
○	○	**Heart disease/heart attack/chest pain/heart murmur** Enfermedad del corazón/infarto/dolores de pecho/soplo cardíaco	
○	○	**Stroke/TIA** Apoplejía/Accidente isquémico transitorio	
○	○	**Lung/respiratory disease** Enfermedades pulmonares/respiratorias	
○	○	**Ear/sinus problems** Problemas del oído/senos paranasales	
○	○	**Muscular/skeletal condition** Condiciones musculares/óseas	
○	○	**Menstrual problems (women only)** Problemas menstruales (sólo mujeres)	
○	○	**Psychiatric/psychological and emotional difficulties** Dificultades psiquiátricas/psicológicas y emocionales	
○	○	**Behavioral/neurological disorders** Trastornos de conducta/neurológicos	
○	○	**Bleeding disorders** Enfermedades hemorrágicas	
○	○	**Fainting spells** Desmayos	
○	○	**Thyroid disease** Enfermedades de la tiroides	
○	○	**Kidney disease** Enfermedades del riñón	
○	○	**Sickle cell disease** Anemia falciforme	
○	○	**Seizures** (Convulsiones) **Last seizure:** (MM/YY) (Última convulsión: (MM/AA)) ___ / ___	
○	○	**Sleep disorders (e.g., sleep apnea)** Trastornos del sueño (por ejemplo, síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño)	Use CPAP (Usa CPAP): ○ Yes (Sí) ○ No (No)
○	○	**Abdominal/digestive problems** Problemas abdominales/digestivos	
○	○	**Surgery** (Cirugía) **Last surgery:** (MM/YY) (Última cirugía: (MM/AA)) ___ / ___	
○	○	**Serious injury** Lesión grave	
○	○	**Excessive fatigue or shortness of breath with exercise** Fatiga en exceso o dificultad para respirar al hacer ejercicio	
○	○	**Other** Otro	

Emergency contact No.: Teléfono en caso de emergencia _____
Allergies: Alergias _____
DOB: Fecha de nacimiento _____
Full name: Nombre completo _____
Part A Parte A

PART A (*continued on next page*)

HEALTH HISTORY/HISTORIAL MÉDICO

Are you allergic to or do you have any adverse reaction to any of the following?
¿Es alérgico a, o le causa alguna reacción adversa cualquiera de los siguientes?

Please fill in the bubbles as indicated:
Por favor rellene los círculos tal como se indica:

Incorrect: ✓ ✗ ◒
Incorrecto

Correct: ●
Correcto

Yes/Sí	No/No	Allergies or Reaction to Alergias o Reacciones a	Explain Explique
○	○	**Medication** Medicamentos	
○	○	**Food, plants, or insect bites** Alimentos, plantas o picaduras de insectos	

The following immunizations are recommended by the BSA. **Tetanus immunization is required and must have been received within the last 10 years.** For each item, indicate if you have been immunized, the date of the immunization (MM/YY), if you have had the disease, and the date (MM/YY).

BSA recomienda las siguientes vacunas. **La vacuna contra el Tétanos es obligatoria y debe haberla recibido en los últimos 10 años.** Por cada punto, indique si ha sido vacunado, la fecha en que la recibió (MM/AA), si ha padecido la enfermedad, y la fecha (MM/AA).

Immunized? ¿Vacunado?		Immunizations Vacunas	Date (MM/YY) Fecha (MM/AA)	Had Disease? ¿La ha padecido?		Date (MM/YY) Fecha (MM/AA)
Yes/Sí	No/No			Yes/Sí	No/No	
○	○	**Tetanus** Tétano	☐☐/☐☐	○	○	
○	○	**Pertussis** Tos ferina		○	○	
○	○	**Diphtheria** Difteria		○	○	
○	○	**Measles** Sarampión		○	○	
○	○	**Mumps** Paperas		○	○	
○	○	**Rubella** Rubéola		○	○	
○	○	**Polio** Polio		○	○	
○	○	**Chicken pox** Varicela		○	○	
○	○	**Hepatitis A** Hepatitis A		○	○	
○	○	**Hepatitis B** Hepatitis B		○	○	
○	○	**Meningitis** Meningitis		○	○	
○	○	**Influenza** Influenza		○	○	
○	○	**Other (i.e., HIB)** Otra (por ejemplo, HIB)		○	○	
○	**Exemption to immunizations claimed (form required).** Exención de vacunas solicitada (formulario obligatorio).					

MEDICATIONS List all medications currently used. (If additional space is needed, please photocopy this part of the health form.) Inhalers and EpiPen information must be included, even if they are for occasional or emergency use only.

MEDICAMENTOS Enumere todos los medicamentos que usa en la actualidad. (Si requiere espacio adicional, favor de sacar una fotocopia de esta parte del formulario.) Se debe incluir información sobre inhaladores y EpiPen, incluso si son sólo para uso ocasional o en caso de emergencia.

○ No medications
Sin medicamentos

○ Additional medications (sheet attached)
Medicamentos adicionales (hoja anexa)

Medication Medicamento _____ Strength Dosis _____ Frequency Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength Dosis _____ Frequency Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength Dosis _____ Frequency Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____
Medication Medicamento _____ Strength Dosis _____ Frequency Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength Dosis _____ Frequency Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength Dosis _____ Frequency Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____

Administration of the above medications is approved by (if required by your state): _____ / _____
La administración de los medicamentos arriba mencionados está aprobada por (si lo requiere su estado)

Parent/guardian signature
Firma del padre o tutor

and/or
y/o

MD/DO, NP, or PA signature
Firma del Dr., Enfermera profesional, Asistente médico

Bring enough medications in sufficient quantities and in the original containers. Make sure that they are NOT expired, including inhalers and EpiPens. You SHOULD NOT STOP taking any maintenance medication unless instructed to do so by your doctor.

Asegurarse de traer los medicamentos en cantidades suficientes y en los envases originales. Asegurarse de que NO ESTÉN CADUCADOS, incluyendo inhaladores y EpiPens. NO DEBE DEJAR DE tomar cualquier medicamento de mantenimiento a menos que se lo indique su médico.

Part A Parte A

Full name: Nombre completo _____

DOB: Fecha de nacimiento _____

680-001
2012 Printing
Rev. 9/2012

High-adventure base participants:
Participantes en la base de aventura extrema:
Expedition/crew No./Expedición/grupo no.: _____
or staff position/o puesto fijo: _____

Part B/Parte B

INFORMED CONSENT AND RELEASE AGREEMENT

I understand that participation in Scouting activities involves a certain degree of risk and can be physically, mentally, and emotionally demanding. I also understand that participation in these activities is entirely voluntary and requires participants to abide by applicable rules and standards of conduct.

In case of an emergency involving me or my child, I understand that every effort will be made to contact the individual listed as the emergency contact person. In the event that this person cannot be reached, permission is hereby given to the medical provider selected by the adult leader in charge to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, or injections of medication for me or my child. Medical providers are authorized to disclose protected health information to the adult in charge, camp medical staff, camp management, and/or any physician or health care provider involved in providing medical care to the participant. Protected Health Information/Confidential Health Information (PHI/CHI) under the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc. seq., as amended from time to time, includes examination findings, test results, and treatment provided for purposes of medical evaluation of the participant, follow-up and communication with the participant's parents or guardian, and/or determination of the participant's ability to continue in the program activities.

I have carefully considered the risk involved and give consent for myself and/or my child to participate in these activities. I approve the sharing of the information on this form with BSA volunteers and professionals who need to know of medical situations that might require special consideration for the safe conducting of Scouting activities.

I release the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with the activity from any and all claims or liability arising out of this participation.

NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Entiendo que la participación en actividades Scouting implica un cierto grado de riesgo y que pueden ser física, mental y emocionalmente agotadoras. Asimismo, entiendo que la participación en dichas actividades es completamente voluntaria y requiere que los participantes se acaten a las reglas y estándares de conducta pertinentes.

En caso de que yo, o mi hijo, nos veamos involucrados en un caso de emergencia, entiendo que se hará todo lo posible para contactar al individuo mencionado como persona a contactar en caso de emergencia. En caso de que dicha persona no pueda ser localizada, por este medio otorgo permiso al proveedor de servicios médicos seleccionado por el líder adulto a cargo para asegurar que se proporcione el tratamiento adecuado, incluyendo hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos para mí o mi hijo. Los proveedores médicos están autorizados a compartir información médica protegida con el adulto a cargo, el personal médico del campamento, la administración del campamento, o cualquier médico o proveedor de servicios médicos involucrado en la administración de atención médica al participante. La Información médica protegida/Información médica confidencial (PHI/CHI, por sus siglas en inglés) bajo los Estándares de privacidad de información médica individualmente identificable, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc., y siguientes como se enmiendan de vez en cuando, incluye resultados de reconocimientos médicos, resultados de pruebas y tratamiento proporcionado para propósitos de evaluación médica del participante, seguimiento y comunicación con los padres o tutor del participante, y determinación de la habilidad del participante de continuar con las actividades del programa.

He considerado cuidadosamente el riesgo implicado y he dado el consentimiento para mí mismo o mi hijo de participar en dichas actividades. Apruebo que se comparta la información contenida en este formulario con los voluntarios y profesionales de BSA que necesiten tener conocimiento de condiciones médicas que puedan requerir consideración especial para la realización de actividades Scouting de manera segura.

Eximo a Boy Scouts of America, al concilio local, a los coordinadores de la actividad y a todos los empleados, voluntarios, grupos involucrados u otras organizaciones asociadas con la actividad, de cualquier y toda reclamación o responsabilidad que surja a raíz de esta participación.

○ Without restrictions./Sin restricciones.

○ With special considerations or restrictions (list)/Con condiciones especiales o restricciones (lista):

_____

_____

I hereby assign and grant to the local council and the Boy Scouts of America the right and permission to use and publish the photographs/film/videotapes/electronic representations and/or sound recordings made of me or my child at all Scouting activities, and I hereby release the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with the activity from any and all liability from such use and publication.

I hereby authorize the reproduction, sale, copyright, exhibit, broadcast, electronic storage, and/or distribution of said photographs/film/videotapes/electronic representations and/or sound recordings without limitation at the discretion of the Boy Scouts of America, and I specifically waive any right to any compensation I may have for any of the foregoing.

Por este conducto asigno y otorgo al concilio local y a Boy Scouts of America el derecho y permiso para usar y publicar las fotografías/películas/videocintas/representaciones electrónicas y grabaciones de sonido de mí o mi hijo realizadas en todas las actividades Scouting, y por este medio exonero a Boy Scouts of America, al concilio local, a los coordinadores de la actividad y a todos los empleados, voluntarios, grupos involucrados u otras organizaciones asociadas con la actividad, de cualquier y toda responsabilidad por dicho uso y publicación.

Por este conducto autorizo la reproducción, venta, derechos reservados, exhibición, transmisión, almacenamiento electrónico y distribución de dichas fotografías/películas/ videocintas/representaciones electrónicas y grabaciones de sonido sin limitación a discreción de Boy Scouts of America, y específicamente renuncio a cualquier derecho de compensación alguna que pueda tener por cualquiera de lo anterior.

○ Yes/Sí

○ No/No

DOB: _____ **Fecha de nacimiento**

Full name: _____ **Nombre completo**

Part B **Parte B**

PART B (*continued on next page*)

ADULTS AUTHORIZED TO TAKE YOUTH TO AND FROM EVENTS:

You must designate at least one adult. Please include a telephone number.

ADULTOS AUTORIZADOS PARA TRANSPORTAR AL NIÑO HACIA Y DESDE LOS EVENTOS:

Debe designar por lo menos a un adulto. Por favor incluya un número telefónico.

1. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____

2. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____

3. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____

Adults NOT authorized to take youth to and from events/Adultos NO autorizados para transportar al niño hacia y desde los eventos:

1. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____

2. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____

3. Name/Nombre _____ Telephone/Teléfono _____

I understand that, if any information I/we have provided is found to be inaccurate, it may limit and/or eliminate the opportunity for participation in any event or activity.

If I am participating at Philmont, Philmont Training Center, Northern Tier, Florida Sea Base, or the Summit Bechtel Reserve: I have also read and understand the risk advisories explained in Part D, *including height and weight requirements and restrictions,* and understand that the participant will not be allowed to participate in applicable high-adventure programs if those requirements are not met. The participant has permission to engage in all high-adventure activities described, except as specifically noted by me or the health-care provider. If the participant is under the age of 18, a parent or guardian's signature is required.

Entiendo que, si cualquier información que he/hemos proporcionado es errónea, puede limitar o eliminar la oportunidad de participación en cualquier evento o actividad.

Si participo en Philmont, el Centro de Capacitación Philmont, Northern Tier, la Base Marina de la Florida o Summit Bechtel Reserve: También he leído y entiendo las advertencias de riesgo explicadas en la Parte D, *incluyendo los requisitos y restricciones de estatura y peso*, y entiendo que al participante no se le permitirá intervenir en programas de aventura extrema si dichos requisitos no se cumplen. El participante tiene permiso de intervenir en todas las actividades de aventura extrema descritas, excepto aquellas específicamente señaladas por mí o el proveedor de servicios médicos. Si el participante es menor de 18 años, se requiere la firma de el padre/madre o tutor.

Participant's name/Nombre del participante _____

Participant's signature/Firma del participante _____ Date/Fecha _____

Parent/guardian's signature/Firma del padre o tutor _____ Date/Fecha _____
(if participant is under the age of 18/si el participante es menor de 18 años)

Second parent/guardian signature/Firma del otro padre o tutor _____ Date/Fecha _____
(if required; for example, CA/si se requiere; por ejemplo en CA)

This Annual Health and Medical Record is valid for 12 calendar months.
Este Registro Médico y de Salud Anual tiene vigencia por 12 meses calendario.

Part B / Parte B **Full name: / Nombre completo** _____ **DOB: / Fecha de nacimiento** _____

680-001
2012 Printing
Rev. 9/2012