

# 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 \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  Male  Female  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/Year) - (MM/DD/Año) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Masculino Femenino

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

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ No. telefónico \_\_\_\_\_

Unit leader \_\_\_\_\_ Council name/No. \_\_\_\_\_ Unit No. \_\_\_\_\_  
Líder de la unidad \_\_\_\_\_ Nombre y no. del concilio \_\_\_\_\_ No. de unidad \_\_\_\_\_

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

Health/accident insurance company \_\_\_\_\_ Policy No. \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro médico/accidental \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_

Home phone \_\_\_\_\_ Business phone \_\_\_\_\_ Mobile phone \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Alternate contact name \_\_\_\_\_ Alternate's phone \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto alterno \_\_\_\_\_ 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:     Correct:    
Incorrecto Correcto

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

Emergency contact No.:  
Teléfono en caso de emergencia

Allergies:  
Alergias

DOB:  
Fecha de nacimiento

Full name:  
Nombre completo

**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:     Correct:

Yes/Sí	No/No	Allergies or Reaction to Alergias o Reacciones a	Explain Explique
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Medication</b> Medicamentos	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Food, plants, or insect bites</b> 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	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Tetanus</b> Tétano	<input type="text"/> /	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Pertussis</b> Tos ferina		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Diphtheria</b> Difteria		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Measles</b> Sarampión		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Mumps</b> Paperas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Rubella</b> Rubéola		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Polio</b> Polio		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Chicken pox</b> Varicela		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Hepatitis A</b> Hepatitis A		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Hepatitis B</b> Hepatitis B		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Meningitis</b> Meningitis		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Influenza</b> Influenza		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Other (i.e., HIB)</b> Otra (por ejemplo, HIB)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<b>Exemption to immunizations claimed (form required).</b> 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 _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____
Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ Frecuencia _____ Approximate date started Fecha aproximada de inicio _____ Reason for medication Razón del medicamento _____	Medication Medicamento _____ Strength _____ Frequency _____ Dosis _____ 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 \_\_\_\_\_ and/or \_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ 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 Full name: \_\_\_\_\_  
 Parte A Nombre completo \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

DOB: Fecha de nacimiento  
Full name: Nombre completo

## 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.

- 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.

- Yes/Sí  
 No/No

### High-adventure base participants: Participantes en la base de aventura extrema:

Expedition/crew No./Expedición/grupo no.: \_\_\_\_\_

or staff position/o puesto fijo: \_\_\_\_\_

### 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.

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 exoneró 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.

DOB: Fecha de nacimiento

Part B Full name: Parte B Nombre completo

**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.

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

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.

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 C/Parte C Pre-participation Physical Examen físico previo a la participación

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

## TO THE EXAMINING HEALTH CARE PROVIDER

(Certified and licensed physicians [MD, DO], nurse practitioners, and physician assistants)

You are being asked to certify that this individual has no contraindication for participation in a Scouting experience as described in Part D. For individuals who will be attending a high-adventure program, either unit-based or at one of the national high-adventure bases, please refer to Part D for additional information.

## PARA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD QUE REALICE EL RECONOCIMIENTO

(Médicos certificados y licenciados, enfermeras profesionales y asistentes médicos)

Se les está solicitando que certifiquen que este individuo no tiene contraindicación para participar en una experiencia Scouting tal como se describe en la Parte D. Para individuos que estarán participando en un programa de aventura extrema, ya sea en la unidad o en una de las bases nacionales de aventura extrema, por favor consulte la Parte D para información adicional.

Height (inches)    .  Weight (pounds)     .  Maximum weight for height     Meets height/weight limits  Yes/Sí  No/No  
 Estatura (pulgadas)    .  Peso (libras)     .  Máximo peso para la estatura     Cumple con los límites de estatura/peso

Blood pressure    /    Pulse    Percent body fat (optional)     .   Yes/Sí  No/No  
 Presión arterial    /    Pulso    Porcentaje de grasa corporal (opcional)     .

If you exceed the maximum weight for height as explained on the next page and your planned high-adventure activity will take you more than 30 minutes away from an emergency vehicle/accessible roadway, you **will not** be allowed to participate. At the discretion of the medical advisers of the event and/or camp, participation of an individual exceeding the maximum weight for height may be allowed if the body fat percentage measured by the health care provider is determined to be 20 percent or less for a female or 15 percent or less for a male. (Philmont requires a hydrostatic weighing or DXA test to be used for this determination.) Please call the event leader and/or camp if you have any questions. Enforcing the height/weight guidelines is strongly encouraged for all other events.

Si usted excede el peso máximo para su estatura tal como se explica en la siguiente página y su actividad de aventura extrema planeada le llevará a más de 30 minutos de distancia de una vía con acceso para un vehículo de emergencia, usted **no podrá** participar. A juicio de los consejeros médicos del evento o campamento, la participación de un individuo que exceda el peso máximo para su estatura puede permitirse si el porcentaje de grasa corporal medida por el proveedor de servicios de salud determina que es 20 por ciento o menos para una mujer o 15 por ciento o menos para un hombre. (Philmont requiere que se use una prueba de peso hidrostático o de densitometría ósea para determinarlo.) Por favor llame al líder del evento o del campamento si tiene preguntas. El cumplimiento de los lineamientos de estatura y peso se recomienda encarecidamente para todos los demás eventos.

DOB: Fecha de nacimiento

Examiner: Please fill in the information.

Examinador: Favor de completar la información.

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

Incorrect:

Correct:

Correct:

	Normal Normal	Abnormal Anormal	Explain Any Abnormalities Explique cualquier anomalía	Range of Mobility Rango de movilidad	Normal Normal	Abnormal Anormal	Explain Any Abnormalities Explique cualquier anomalía
<b>Eyes</b> Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Knees (both)</b> Rodillas (ambas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Ears</b> Oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Ankles (both)</b> Tobillos (ambos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Nose</b> Nariz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Spine</b> Espina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Throat</b> Garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Lungs</b> Pulmones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Neurological</b> Neurológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Other</b> Otro	<b>Yes</b> Sí	<b>No</b> No	<b>Explain</b> Explique
<b>Heart</b> Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Personal or family history of heart disease</b> Historial personal o familiar de enfermedad cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Abdomen</b> Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Medical equipment (i.e., CPAP, oxygen)</b> Equipo médico (por ejemplo, CPAP, oxígeno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Genitalia/hernia</b> Genitales/hernia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Contacts</b> Lentes de contacto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Skin</b> Piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Dentures</b> Dentaduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Emotional adjustment</b> Ajuste emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<b>Braces</b> Tratamientos de ortodoncia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Tuberculosis (TB) skin test (if required by your state for BSA camp staff):  Negative/Negativo  Positive/Positivo  
 Prueba de Tuberculosis (TB) (si lo requiere su estado para personal del campamento BSA)

Allergies/Alergias:  No/No  Yes/Sí (explain to what agent, type of reaction, treatment/explique a qué agente, tipo de reacción, tratamiento):

Medical restrictions to participate/Restricciones médicas para participar:  No/No  Yes/Sí (explain/explique):

Part C Full name: Nombre completo

**EXAMINER'S CERTIFICATION  
CERTIFICACIÓN  
DEL EXAMINADOR**

I certify that I have reviewed the health history and examined this person and find no contraindications for participation in a Scouting experience. This participant (with noted restrictions above):

Certifico que he revisado el historial médico, examinado a esta persona y no encuentro contradicciones para su participación en una experiencia Scouting. Este participante (con las restricciones descritas anteriormente):

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

True Cierto    False Falso    Incorrect: Incorrecto    Correct: Correcto

- True  False    **Meets height/weight requirements**  
Cumple con los requisitos de estatura/peso
- True  False    **Does not have uncontrolled heart disease, asthma, or hypertension**  
No tiene cardiopatía, asma o hipertensión incontrolados
- True  False    **Has not had an orthopedic injury, musculoskeletal problems, or orthopedic surgery in the last six months or possesses a letter of clearance from his or her orthopedic surgeon or treating physician**  
No ha tenido una lesión ortopédica, problemas musculoesqueléticos o cirugía ortopédica en los últimos seis meses o posee una carta de autorización por parte de su cirujano ortopédico o médico
- True  False    **Has no uncontrolled psychiatric disorders**  
No tiene trastornos psiquiátricos incontrolados
- True  False    **Has had no seizures in the last year**  
No ha tenido convulsiones en el último año
- True  False    **Does not have poorly controlled diabetes**  
No tiene diabetes mal controlada
- True  False    **If less than 18 years of age and planning to scuba dive, does not have diabetes, asthma, or seizures**  
Si tiene menos de 18 años de edad y piensa realizar buceo, no tiene diabetes, asma o convulsiones
- True  False    **I have reviewed Part D for high-adventure activities.**  
He revisado la Parte D para actividades de aventura extrema.

Provider printed name  
Nombre del proveedor \_\_\_\_\_

Address  
Domicilio \_\_\_\_\_

City, state, zip  
Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Office phone  
Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_

Date  
Fecha \_\_\_\_\_

**Examiner signature in the box below.**  
**Firma del examinador en el recuadro de abajo.**

Height (inches) Estatura (pulgadas)	Recommended Weight (lbs) Peso recomendado (libras)	Allowable Exception Excepción permitida	Maximum Acceptance Aceptación máxima
60	97-138	139-166	166
61	101-143	144-172	172
62	104-148	149-178	178
63	107-152	153-183	183
64	111-157	158-189	189
65	114-162	163-195	195
66	118-167	168-201	201
67	121-172	173-207	207
68	125-178	179-214	214
69	129-185	186-220	220
70	132-188	189-226	226
71	136-194	195-233	233
72	140-199	200-239	239
73	144-205	206-246	246
74	148-210	211-252	252
75	152-216	217-260	260
76	156-222	223-267	267
77	160-228	229-274	274
78	164-234	235-281	281
79 & over	170-240	241-295	295

This table is based on the revised Dietary Guidelines for Americans from the U.S. Dept. of Agriculture and the Dept. of Health & Human Services.

Esta tabla está basada en los Lineamientos dietéticos para estadounidenses del Departamento de Agricultura de los EE.UU. y del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**DO NOT WRITE IN THIS BOX  
NO ESCRIBA EN ESTE RECUADRO**

REVIEW FOR CAMP OR SPECIAL ACTIVITY/REVISIÓN PARA CAMPAMENTO O ACTIVIDAD ESPECIAL

Reviewed by / Revisado por \_\_\_\_\_

Date / Fecha \_\_\_\_\_

Further approval required / Se requiere aprobación adicional     Yes / Sí     No / No

Reason / Razón \_\_\_\_\_

Approved by / Aprobado por \_\_\_\_\_

Date / Fecha \_\_\_\_\_

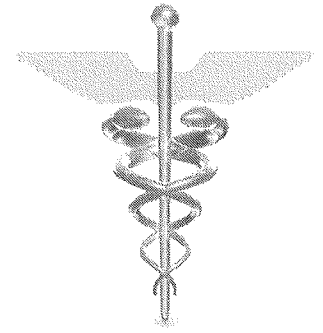
Click [here](#) for more information regarding high-adventure outings or go to [www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part\\_d.pdf](http://www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf).  
Haga clic [aquí](#) para obtener más información sobre las excursiones de aventura extrema o visite [www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part\\_d.pdf](http://www.scouting.org/filestore/HealthSafety/pdf/part_d.pdf).

DOB: Fecha de nacimiento

Part C Full name: Nombre completo

# MEDICAL FORM ADDENDUM

Page 1 of 2



This form must be completed by parent/guardian for scouts under 18 years old.

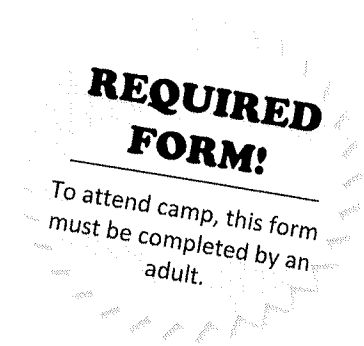
Scout \_\_\_\_\_ Troop \_\_\_\_\_

Week(s) \_\_\_\_\_

This addendum to the Annual BSA Health and Medical Record is for scouts under 18 years of age and is required to meet Connecticut Department of Health requirements.

I give my permission for the camp Health Officer/Nurse to administer over-the-counter medications as directed by the Camp Physician in the Camp Standing Orders. The Housatonic Council's policies on medications at scout camp are written to comply with the National Standards of the Boy Scouts of America and the State of Connecticut Health Department. If you do not wish to have any of the following over-the-counter medications administered, please cross out and initial.

- Over-the-Counter Medications may include: (Generics may be substituted)
- Tylenol by mouth, per weight/age dosing as needed every 4-6 hours
- Advil by mouth, per weight/age dosing as needed every 6-8 hours
- Bacitracin/Neosporin/Hydrogen Peroxide topically as needed
- Hydrocortisone Cream topically every 6 hours as needed
- Benadryl by mouth, per weight/age dosing as needed, per package directions
- Claritin by mouth, per package directions
- Sudafed by mouth, per package directions
- Zantac by mouth, per package directions
- Sunscreen topically, as needed
- Bug repellent topically, as needed every 2-4 hours
- Solarcaine/Aloe Vera topically as needed every 2-4 hours



Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

REMINDER – Prescription medications must be in the original pharmacy container with label, this includes EPI-Pens. Please bring only amount needed for camp. Failure to comply will result in the inability for the medications to be administered at camp. Any medication not picked up with-in 1 week after scout leaves camp will be destroyed.

# MEDICAL FORM ADDENDUM

Page 2 of 2

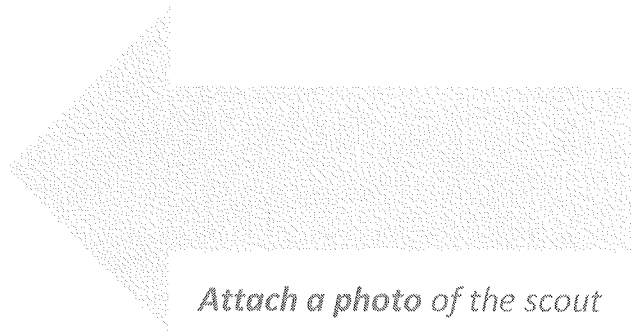
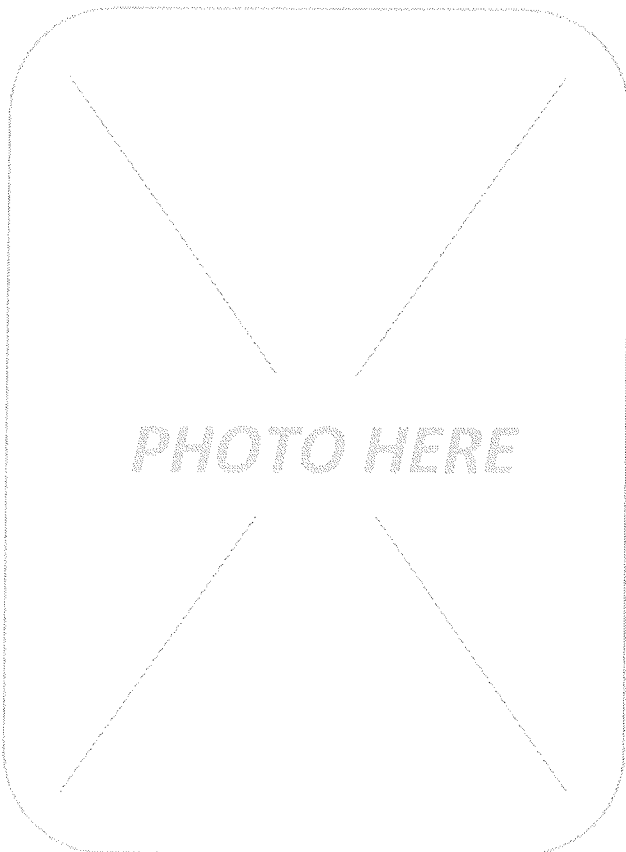


Scout \_\_\_\_\_ Troop \_\_\_\_\_

Week(s) \_\_\_\_\_

List Allergies:

	Prescription	Date	Parent's Signature	Doctor's Signature
1				
2				
3				
4				



*Attach a photo of the scout here to assist the health officer in identifying the scout to which prescription is administered.*

**REQUIRED FORM!**

To attend camp, this form must be completed by an adult.