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