



Adult Health History Record

(To be completed and signed by the adult—the information will be kept confidential.)

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------|--|
| Name | | Date of birth | |
| Address | | City and Zip | |
| Daytime phone | Evening phone | Cell phone | |
| In emergency notify | | Relationship | |
| Daytime phone | Evening phone | Cell phone | |
| Name of family physician | | Phone | |
| Name of dentist | | Phone | |

Note: All registered Girl Scout members have accident insurance coverage.

Chronic or Recurring Illnesses (check those that apply and give appropriate dates)

- Ear infection
- Bleeding/clotting disorders
- Hypertension
- Asthma
- Other (specify) _____
- Heart defect/disease
- Musculoskeletal disorders
- Seizures
- Diabetes

Date of last health examination: _____ Please note any complicating medical problems determined in last health examination: _____

Is participant currently under the care of a physician, psychiatrist or psychologist? Yes No

| Since last health exam has participant had: | Yes | No | Please explain any "yes" answers to these questions. Include dates. |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| A serious injury requiring medical attention? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Any prescribed or over-the-counter medication? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Treatment in a hospital or emergency room? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Any exposure to a contagious disease? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| An illness lasting more than five days? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| A surgical operation or fracture? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Any restrictions concerning physical activities? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Do you have any allergies? Yes No

If yes, what is the allergy? _____

What is the reaction? _____

Immunization History

Are all immunizations current? Yes No

If not, explain: _____

- Other health conditions (check those that apply)
- Emotional disturbances
 - Constipation
 - Menstrual cramps
 - Nosebleeds
 - Sleep disturbances
 - Motion sickness
 - Other _____
 - Fainting
 - Hearing impairment
 - Sickle cell trait/disease
 - Special dietary regimen
 - Wear glasses or contacts

Date of last Tetanus _____

Do you smoke? Yes No

Other (specify) _____

Please explain any items that are checked. Indicate any information useful to the adult in charge in relation to any of these health conditions. Also, indicate any activities to be restricted.

This health history is correct and I am able to engage in all prescribed activities except as noted: _____

In case of emergency, if none of the above can be contacted, I consent to treatment for myself under the supervision of and as deemed advisable by a physician licensed under the Medicine Practice Act. This provides authority pursuant to Section 25.8 of the California Civil Code. I agree to the release of any records necessary for treatment, referral, billing, or insurance purposes.

Signature _____ Date _____



Historia médica para adultos

(Para ser llenada y firmada por el adulto--la información será confidencial)

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre | Fecha de nacimiento |
| Dirección | Ciudad y código postal |
| Número de teléfono durante el día | Número de teléfono durante la noche |
| En caso de emergencia avise a | Parentesco |
| Número de teléfono durante el día | Número de teléfono durante la noche |
| Nombre del médico familiar | Teléfono |
| Nombre del dentista | Teléfono |

Nota: Todos los miembros inscritos en Girl Scouts tienen cobertura de seguro contra accidentes.

Enfermedades crónicas o recurrentes (marque las aplicables y proporcione las fechas)

- Infección de oído Hemorragias/trastornos de coagulación Hipertensión Asma Otra (especifique)
 Deficiencia/enfermedad cardíaca Trastornos musculoesqueléticos Convulsiones Diabetes

Fecha del último examen médico: _____ Por favor anote cualquier complicación médica determinada en el último examen médico: _____

¿La participante actualmente está bajo atención de un médico, psiquiatra o psicólogo? Sí No

Desde el último examen médico la participante tuvo: Sí No

Por favor, explique cualquier respuesta afirmativa a estas preguntas. Incluya fechas.

- ¿Una lesión grave que requirió de atención médica? Sí No
 ¿Un medicamento con o sin receta médica? Sí No
 ¿Tratamiento en un hospital o una sala de urgencias? Sí No
 ¿Una exposición a una enfermedad contagiosa? Sí No
 ¿Una enfermedad que duró más de cinco días? Sí No
 ¿Una intervención quirúrgica o una fractura? Sí No
 ¿Una restricción relacionada con las actividades físicas? Sí No

Marque cualquier alergia o especifique la naturaleza de la reacción alérgica.

- Otras condiciones médicas (marque las aplicables)
- Alteraciones emocionales Desmayo
 Constipación Impedimento auditivo
 Cólicos menstruales Característica/enfermedad de célula falciforme
 Hemorragias nasales
 Trastornos de sueño Régimen dietético especial
 Mareos Uso de anteojos o lentes de contacto
 Otra (especifique) _____

Historia de vacunación

¿Todas las vacunas están actualizadas? Sí No

De no ser así, explique:

Fecha de la última antitetánica _____

¿Fuma? Sí No

Por favor explique cualquier punto marcado. Indique cualquier información útil para el adulto a cargo relacionada con alguna de estas condiciones. Asimismo, indique las actividades que deben restringirse.

Esta historia médica está correcta y puedo participar en todas las actividades prescritas excepto las siguientes: _____

En caso de emergencia, si no puede localizarse a ninguno de los anteriores, doy mi consentimiento para mi tratamiento bajo la supervisión de y conforme a lo recomendable por un médico autorizado bajo la Ley de Práctica Médica. Por este conducto se da autorización de acuerdo con la Sección 25.8 del Código Civil de California. Yo estoy de acuerdo a someter los documentos necesarios para el tratamiento, la referencia, pagos o para casos de seguro.

Firma _____ Fecha _____