

## HISTORIA DE SALUD DE ADULTO

| FOR CAMP USE ONLY |       |  |
|-------------------|-------|--|
| Session Name      | _____ |  |
| Session Code      | _____ |  |
| Session Dates     | _____ |  |

Nombre \_\_\_\_\_ ☐ Hombre ☐ Mujer Teléfono (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### EN EL CASO DE EMERGENCIA, NOTIFIQUE:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de salud \_\_\_\_\_ Nombre de médico \_\_\_\_\_ Teléfono de médico \_\_\_\_\_  
 ¿Se notaron problemas médicos complicados? \_\_\_\_\_

SI NADAR, MONTAR A CABALLO O ACTIVIDADES EXTENUANTES DEBEN SER PARTE DEL PROGRAMA, UNA DECLARACIÓN DE UN MÉDICO CON LICENCIA EN CUANTO A SU CONDICIÓN GENERAL Y SU CAPACIDAD PARA PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DEBE ACOMPAÑAR ESTE FORMULARIO.

### HISTORIA DE SALUD:

Por favor, compruebe y indique las fechas si tiene alguna de las siguientes condiciones:

- |                                                                    |                                                                |                                         |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído _____                 | <input type="checkbox"/> Hipertensión _____                    | <input type="checkbox"/> Rubeola _____  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones _____                        | <input type="checkbox"/> Trastorno musculoesquelético _____    | <input type="checkbox"/> Paperas _____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____                            | <input type="checkbox"/> Alergias a plantas/polen _____        | <input type="checkbox"/> Asma _____     |
| <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardíaco _____         | <input type="checkbox"/> Alergia a picaduras de insecto _____  | <input type="checkbox"/> Varicela _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de hemorragia/coagulación _____ | <input type="checkbox"/> Alergias a drogas (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Otra _____     |
| <input type="checkbox"/> Portador de hepatitis B _____             | <input type="checkbox"/> Otras alergias (especifique) _____    |                                         |

Fecha del último refuerzo del tétanos \_\_\_\_\_  
 Detalles de condiciones de arriba \_\_\_\_\_

### Otras condiciones de salud (Marque todos los que se aplican)

- |                                                  |                                                     |                                                  |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente | <input type="checkbox"/> Régimen dietético especial | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva   |
| <input type="checkbox"/> Dolor menstrual         | <input type="checkbox"/> Trastornos emocionales     | <input type="checkbox"/> Usar lentes             |
| <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño    | <input type="checkbox"/> Desmayo                    | <input type="checkbox"/> Usar lentes de contacto |

Por favor explique los artículos marcados: \_\_\_\_\_

¿Hay otros problemas de salud que Supervisor de Salud o Líder de Tropa debería conocer? ☐ Sí ☐ No Si sí, explique \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico o psicólogo? ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando actualmente algún medicamento? ☐ No ☐ Sí Si sí, haga una lista \_\_\_\_\_

### Desde su último examen médico, ¿se ha hecho: (Dé fechas y explique)

- ☐ ¿Una herida grave que requiere atención médica? \_\_\_\_\_
- ☐ ¿Tratamiento en un hospital o en urgencias? \_\_\_\_\_
- ☐ ¿Una enfermedad que dura más de cinco (5) días? \_\_\_\_\_
- ☐ ¿Una operación quirúrgica o fractura? \_\_\_\_\_
- ☐ ¿Alguna restricción respecto a las actividades físicas? \_\_\_\_\_

¿Se considera en buena salud y capaz de participar en actividades normales del programa? ☐ Sí ☐ No

Si no, explique por favor \_\_\_\_\_

Consideraciones dietéticas \_\_\_\_\_

Si me expongo a una enfermedad contagiosa en las tres semanas previas al evento o programa, notificaré al director. Hasta donde yo sé, este historial médico es correcto.

EN CASO DE EMERGENCIA, DOY MI PERMISO A LAS PERSONAS QUE REPRESENTAN A LAS NIÑAS SCOUTS DE COLORADO PARA QUE VEAN QUE RECIBO TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA APROPIADO, Y/O HOSPITALIZACIÓN SI ES NECESARIO. SE ENTIENDE QUE SE HARÁ TODO LO POSIBLE PARA LLEGAR A LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_