

RECORD MÉDICO Y DE SALUD PERSONAL CLASE 3

I. Identificación:

EDAD SEXO M F NÚM. IDENTIFICACIÓN BSA

NÚM. SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

Mes Día Año

Nombre Apellidos Nombre Inic.

Dirección

Ciudad PR Zip Code

Seguro Salud/Accidente Póliza #

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR:

Nombre Relación

Dirección Ciudad

Tel. Casa Tel. Trabajo

Médico Personal Tel. Médico

III. DECLARACIÓN DE PADRES

¿Alguna vez se ha restringido actividades del participante por razones médicas?
 No Sí ¿Toma el participante algún medicamento regularmente o necesita algún cuidado especial? No Sí Explique si afirmativo

En mi mejor conocimiento, toda la información en las secciones I, II, III, IV y VI es correcta y completa. Solicité a un proveedor de salud que examinara al que aplica, administrara las vacunas necesarias y diera la información requerida a otras agencias según necesario. Doy mi autorización para una participación completa en los programas de BSA, sujeto a las limitaciones anotadas aquí. En caso de una enfermedad o accidente en el transcurso de dicha actividad, solicito que se tomen medidas sin demora a juicio del dictamen del personal médico. En caso de emergencia, entiendo que se hará todo el esfuerzo posible por contactarme; de ser imposible, el líder adulto será mi suplente para tomar decisiones, incluyendo hospitalización, tratamiento, anestesia, cirugía, medicamentos orales o inyectados.

Padre o encargado
 (tiene que firmar si el escucha es menor de 18 años)

Firma del Escucha

Fecha de la firma

IV. VACUNAS

En caso de haber padecido de la enfermedad, ponga E y año. Último año administrada

Tétano

Difteria

Pertusis

Sarampión

Paperas

Alemán

Polio

Varicelas

Preferencia Religiosa

VI. HISTORIAL MEDICO

Padre (o Escucha si tiene 18 años a más). Llene las secciones I, II, III, IV y VI antes de visitar al proveedor de salud. Verifique las vacunas a administrarse a este tiempo. Asegúrese de incluir cualquier información de emergencia y restricciones o cuidado especial. Asegúrese de reportar cualquier lastimadura, enfermedad, cirugía o cambios significativos en la condición de salud del Escucha desde el último examen completo.

- Fecha de examen físico completo más reciente (mes y año) 20
- ¿Está consciente de padecer actualmente de algún problema de salud? No Sí
- ¿Está ahora bajo algún cuidado médico o tomando medicamentos? No Sí
- ¿Ha tenido alguna cirugía, lastimadura, enfermedad, alergia, o cambio en su estado de salud desde su último examen físico completo? No Sí

Dar fechas o detalles completos de cualquier Sí.
 Hay alguna enfermedad de (o historial pasado o presente de):

	No	Sí	Año	Detalles / Medicinas
Enfermedad seria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Lista de todos los medicamentos en los últimos 30 días de la llegada de la actividad de BSA donde se utilizará esta forma
Lastimadura seria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Deformidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Piel, glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Oídos, ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Nariz, senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Dientes, amígdalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Dentaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Puentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Pecho, pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Soplo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Estómago, intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Riñones, orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Albumina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Infección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Se orina en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Problemas menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Espalda, extremidades,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Camina dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Condición nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Otra (explique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Boy Scouts of America

Todas las actividades clase 3, requieren un examen de salud dentro de los pasados 12 meses por un proveedor de salud con licencia*. Esto incluye miembros jóvenes y adultos participando en actividades de alta aventura, atletismo y Jamborees Mundiales. Anualmente esta forma será usada por adultos de 40 años o más, para todas las actividades que requieran examen físico y aplica para todos los participantes/staff de Woodbadge sin importar edad.

II. INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

El sujeto es o tiene (marque y dé detalles):

Alergia a medicamento, alimentos, planta, animal o toxinas de insectos.
 Cualquier condición que requiera cuidado especial, medicina o dieta.
 ADHD (Desorden de déficit de atención con hiperactividad).
 Asma Convulsiones Problema cardíaco Lentes de contacto
 Diabetes Desmayos Desorden de sangrado Dentadura

EXPLIQUE

V. EVALUACIÓN RECOMENDACIONES DEL PROVEEDOR DE SALUD LICENCIADO

Aprobado para participar en:

Caminatas y campismo Actividades acuáticas

Deportes competitivos Todas las actividades

Especifique excepciones

Recomendaciones (explique cualquier restricción o limitaciones):

Firma +

*Proveedor de salud licenciado

*Exámenes conducidos por proveedores de salud que no sean médicos, serán reconocidos por BSA únicamente si la ley permite que tales proveedores puedan realizar exámenes físicos dentro de lo que se reconoce como legal en su tipo de práctica.

VII. EXAMEN FÍSICO

Proveedor de Salud Licenciado

La persona que aplica, estará participando en actividades físicas extenuantes que incluirán una o más de las siguientes: competencias atléticas, retos de aventura, expediciones monte adentro a pie o a flote que pudiesen incluir altitud extrema, condiciones de tiempo inhóspitas, agua fría, fatiga y/o condiciones remotas donde el cuidado médico disponible no pueda ser garantizado.

- Por favor insista en que el participante provea el historial médico completo(VI) antes del examen físico.
- Revise las vacunas, para jóvenes de 18 años o menos, tétano y difteria, sarampión, paperas, sarampión alemán y polio trivalente son requisito. Jóvenes y adultos deben tener el refuerzo de tétano dentro de 10 años. Se recomienda un refuerzo de sarampión a los 12 años.
- Luego de completar la sección VII, resume cualquier restricción y/o recomendación en las secciones II y V arriba y firmelo.

Fecha VISIÓN: Normal AUDICIÓN: Normal

Estatura Peso Espejuelo Anormal

Presión / Pulso Lentes contacto

Marque el cuadrado si es normal, circule hallazgos anormales, de detalles abajo:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Crecimiento, desarrollo | <input type="checkbox"/> Dientes, encías | <input type="checkbox"/> Genitourinario |
| <input type="checkbox"/> Piel, glándulas, pelo | <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Musculoesquelético |
| <input type="checkbox"/> Cabeza, cuello, tiroides | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Neurosiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Ojos, oídos, nariz | <input type="checkbox"/> Abdomen, hernia, anillos | <input type="checkbox"/> Otros(explique) |

COMENTARIOS

Para los que van a Philmont o Bases Nacionales de Alta Aventura:

* El mínimo de edad para todos los participantes es 13 años para el 1ro de enero del año en que Participará, o haber completado el 7mo grado. Sin excepciones.

φ La comida para caminatas en trillos es por necesidad alta en calorías y carbohidratos. Es alta en trigo, lácteos, azúcar, sirop de maíz, colores y sabores artificiales. La cena contiene carne. Si estos productos causan problemas en su dieta, usted tiene que traer los sustitutos necesarios con usted y tiene que notificarlo al personal.

Nota: Los proveedores de salud licenciados que representan las áreas de alta aventura, se reservan el derecho de negar acceso a trillos o cualquier otra gama de actividades, a base de evaluación médica realizada en el lugar, luego de la llegada.

NOMBRE : _____

UNIDAD: _____

REVISIÓN PARA CAMPAMENTO O ACTIVIDAD ESPECIAL

FECHA	AGENCIA	POR	OK	REEXAMEN MÉDICO NECESARIO	RESULTADOS DE REEXAMEN	INICIALES

RECORD INTERVALO

(CAMPAMENTO, CAMPOREE, TORNEO, VIAJE, ETC)

Fecha, hora, lugar, etc.	Hallazgos, diagnósticos, tratamientos, instrucciones, disposición, etc.	Por: