

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?
 Any prescribed or over-the-counter medication?
 Treatment in a hospital or emergency room?
 Any exposure to a contagious disease?
 An illness lasting more than five days?
 A surgical operation or fracture?
 Any restrictions concerning physical activities?

Do you have any allergies? Yes No

If yes, what is the allergy? _____

What is the reaction? _____

Other health conditions (check those that apply)

- Emotional disturbances
 Constipation Fainting
 Menstrual cramps Hearing impairment
 Nosebleeds Sickle cell trait/disease
 Sleep disturbances Special dietary regimen
 Motion sickness Wear glasses or contacts
 Other _____

Immunization History

Are all immunizations current? Yes No

If not, explain:

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Un medicamento con o sin receta médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tratamiento en un hospital o una sala de urgencias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Una exposición a una enfermedad contagiosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Una enfermedad que duró más de cinco días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Una intervención quirúrgica o una fractura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Una restricción relacionada con las actividades físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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
 Régimen dietético especial
 Trastornos de sueño
 Uso de anteojos o lentes de contacto
 Mareos
 Otra

Historia de vacunación

¿Todas las vacunas están actualizadas? Sí No

De no ser así, explique: _____

Fecha de la última antitetánica _____

¿Fuma? Sí No

Otra (especifique) _____

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 _____